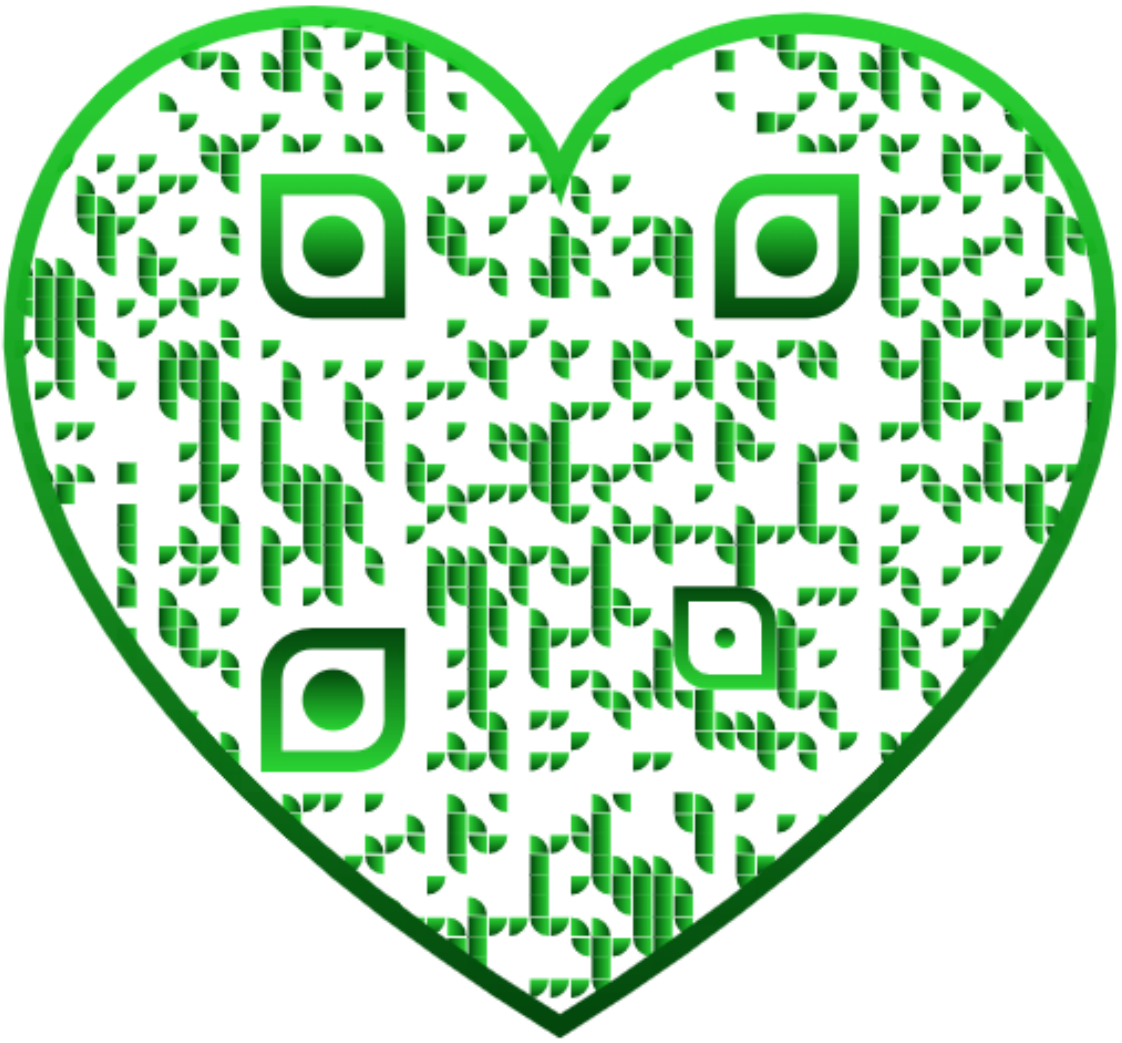
La thérapie d'acceptation et d'engagement

ACT



Chez le même éditeur

Intervention psychodynamique brève. Un modèle de consultation thérapeutique de l'adulte, par J.-N. Despland, L. Michel, Y. de Roten. Collection « Pratiques en psychothérapie ». 2010, 232 pages.

Soigner par la méditation. Thérapies de pleine conscience, par C. Berghmans. Collection « Pratiques en psychothérapie ». 2010, 208 pages.

La relaxation : nouvelles approches, nouvelles pratiques, par D. Servant. Collection « Pratiques en psychothérapie ». 2009, 188 pages.

Les psychothérapies : approche plurielle, par A. Deneux, F.-X. Poudat, T. Servillat, J.-L. Vénisse. Collection « Pratiques en psychothérapie ». 2009, 464 pages.

Thérapies brèves : situations cliniques, par Y. Doutrelugne, O. Cottencin. Collection « Pratiques en psychothérapie ». 2009, 224 pages.

Thérapies brèves : principes et outils pratiques, par Y. Doutrelugne, O. Cottencin. Collection « Pratiques en psychothérapie ». 2008, 2e édition, 224 pages.

Gestion du stress et de l'anxiété, par D. Servant. Collection « Pratiques en psychothérapie ». 2007, 256 pages.

Soigner par l'hypnose, par G. Salem, É. Bonvin. Collection « Pratiques en psychothérapie ». 2007, 4e édition, 344 pages.

Thérapie cognitive et émotions. La 3e vague, par J. Cottraux. Collection « Médecine et psychothérapie / Progrès en TCC ». 2007, 224 pages.

Collection Pratiques en psychothérapie

Conseiller éditorial : Dominique Servant

La thérapie d'acceptation et d'engagement
ACT

Jean-Louis Monestès

Matthieu Villatte

Préface de Steven C. Hayes

ELSEVIER
MASSON

Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photo-copillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. 01 44 07 47 70.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2011, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.
ISBN : 978-2-294-71087-2

Elsevier Masson SAS, 62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex
www.elsevier-masson.fr

Auteurs

Jean-Louis Monestès

Psychologue, service universitaire de psychiatrie d'Amiens, membre de l'équipe CNRS Neurosciences fonctionnelles et pathologies.

Matthieu Villatte

Psychologue et Docteur en psychologie, chercheur et clinicien à l'université du Nevada (laboratoire de Steven C. Hayes), Reno, États-Unis.

Remerciements

Jean-Louis Monestès remercie toutes celles et tous ceux qui l'amènent chaque jour à douter, patients, famille, amis.

Matthieu Villatte remercie Jennifer L. Villatte, sa constante source d'inspiration, ainsi que les membres de sa famille pour l'aide qu'ils lui apportent chaque jour à avancer dans la bonne direction, celle qu'il a choisie. Il remercie également Steven C. Hayes pour sa confiance, son ouverture et sa capacité à stimuler le renouvellement des idées de ses collaborateurs, et Esteve Freixa i Baqué pour lui avoir enseigné avec tant de clarté et d'enthousiasme la philosophie de la psychologie comportementale.

Les auteurs remercient toute la communauté scientifique évoluant au sein de l'*Association for Contextual Behavioral Science* (ACBS), les participants de leurs ateliers de formation, ainsi que leurs patients, qui les aident quotidiennement à faire évoluer leur approche.

Être flexible, c'est avoir, par sa ductilité,
de l'affinité avec l'or.

Francis Bacon, *De la dignité*
et de l'accroissement des sciences

Préface

Réunir la science comportementale, l'humanisme et la psychologie clinique traditionnelle

On me demande souvent ce que nous essayons vraiment de faire dans l'ACT, ce qui est fondamental dans cette démarche. Ma réponse surprend fréquemment ceux qui me posent cette question.

L'essentiel n'est pas l'acceptation, la pleine conscience ou les valeurs, comme s'il était seulement question de méthodes ou de techniques. L'intérêt ne repose pas sur l'appellation stratégique de « troisième vague ». L'important n'est pas non plus les preuves scientifiques ou les progrès de la recherche fondamentale qui soutiennent l'ACT, même si ceux-ci ont évidemment une grande valeur à mes yeux. Ce que je réponds généralement, c'est que nous essayons d'intégrer la démarche inductive et *bottom-up* des sciences comportementales en nous appuyant sur la recherche et sur les processus psychologiques fondamentaux, pour développer des applications répondant aux questions profondes des traditions cliniques et humanistes. L'association internationale qui promeut le développement de la thérapie d'acceptation et d'engagement et de la théorie des cadres relationnels – l'*Association for Contextual Behavioral Science* – formalise cet objectif en tant qu'organisation : créer une psychologie qui puisse relever le défi de la condition humaine.

La démarche scientifique est la plus formidable méthode de développement de la connaissance que les hommes aient créée. Mais il faut reconnaître que les sciences jeunes sont souvent imprécises et peu sophistiquées. La psychologie scientifique est jeune, et la psychologie clinique scientifique l'est plus encore. Parfois, elle a la grâce d'un jeune enfant qui apprend à marcher. On pense par exemple à la manière selon laquelle la psychologie clinique scientifique a tenté de classer, sur une base topographique, les humains dans des « boîtes » syndromiques, de faire entrer en force leurs aspirations dans la liste aride des « symptômes », d'enchaîner les cliniciens à des « techniques » sans parfaitement en percevoir leur emploi et fonctionnement, ou bien d'évaluer les avancées au moyen d'essais contrôlés randomisés se concentrant sur les « résultats », négligeant ainsi les processus de changement. Ce type de travail est très utile, et mon intention n'est pas de dénigrer les efforts sincères et passionnés consacrés à aider les personnes souffrant de difficultés psychologiques. Mais il est sûrement possible de faire mieux. Nous devons faire mieux.

Dans cet ouvrage, vous découvrirez le résultat d'une vision différente, développée pendant plus de 30 ans, par des chercheurs et cliniciens en psychologie fonctionnelle contextuelle en différents points du globe. Des dizaines d'essais contrôlés randomisés soutiennent l'ACT. Cette approche trouve sa place désormais parmi les traitements validés empiriquement. L'ACT représente surtout un ensemble dynamique et évolutif de processus validés empiriquement et se basant sur une compréhension fine des principes agissant au coeur du changement comportemental. C'est aussi une stratégie d'intervention basée sur un modèle de la flexibilité psychologique qui s'applique aux thérapeutes, aux patients et à leurs interactions. Les objectifs de l'ACT sont déterminés par les aspirations profondes de chaque patient. Les barrières que l'ACT cible émergent de l'expérience directe du patient. Vous ne pouvez pas appliquer l'ACT *à* une personne, vous appliquez l'ACT *avec* une personne. Les mêmes processus qui opèrent chez le patient sont à l'œuvre chez le clinicien, tout comme dans la relation qui s'installe entre eux.

Vous retrouverez ces caractéristiques dans l'organisation même de ce livre : celui-ci accorde en effet une place particulière aux processus et aux principes fondamentaux impliqués dans la clinique. Plutôt qu'un manuel descriptif et topographique, cet ouvrage constitue un guide fonctionnel permettant au clinicien de percevoir l'origine des difficultés que rencontre chaque patient, et la manière de conduire à l'affranchissement vis-à-vis de la souffrance psychologique. Une place significative est accordée, dans cet ouvrage, à la mesure du changement et à l'appui sur la relation thérapeutique pour faire émerger ces changements, les encourager et les soutenir. Plusieurs chapitres expliquent comment créer de nouvelles techniques et rendre la thérapie plus flexible. Les questions abordées sont parmi les plus essentielles de la tradition clinique : les valeurs, la notion de « soi », la conscience, la pleine conscience, les émotions, ou encore l'expérience vécue. Les principes comportementaux ne sont pas utilisés ici pour ériger des barrières entres les différentes traditions. Ils ne sont pas employés pour affirmer que ce qui est complexe se réduit « uniquement » à ceci ou à cela, comme si l'objet de la science était de se débarrasser des questions existentielles profondes. Ces principes sont employés comme les fondations à partir desquelles les défis les plus complexes peuvent être relevés, et les ponts avec d'autres traditions construits de manière créative et innovante.

Ce livre est le premier manuel ACT en français destiné aux professionnels. Je suis particulièrement heureux qu'il soit conçu de cette manière et présenté par des auteurs aussi talentueux et expérimentés que Jean-Louis Monestès et Matthieu Villatte. L'ACT est une approche pratique, intégrative et expérientielle qui marie une perspective moderne

sur les principes du langage et du changement comportemental au développement et aux applications cliniques de la flexibilité psychologique. L'opportunité exaltante qui se présente à nous est de pouvoir faire se rencontrer la rigueur scientifique et les plus profondes préoccupations cliniques et humanistes, sans dénaturer aucune d'entre elles. Une telle vision ne peut se développer au seul moyen de manuels et d'essais randomisés, car l'étendue des préoccupations humaines ne saurait être ainsi restreinte. Mais peut-être est-il possible de relever ce défi si nous évaluons nos pratiques avec toute la flexibilité et l'humanité que nous essayons de développer chez nos patients, en nous-mêmes, et au sens large dans notre culture. Et c'est très certainement le message le plus important dans l'ACT et dans l'ouvrage que vous tenez entre les mains.

Steven C. Hayes
Ph.D., Université du Nevada,
Reno, États-Unis

Avant-propos

Au milieu des années 1980, un groupe de psychologues américains essaya de découvrir les ingrédients actifs des thérapies par la parole, notamment de l'approche d'A.T. Beck, afin de les systématiser. La thérapie de Beck fonctionnait, ils voulaient comprendre comment et pourquoi, afin de l'étendre et de la perfectionner. Ils souhaitaient aussi appliquer une méthodologie expérimentale rigoureuse à l'étude du langage et de la cognition, deux fonctions dont ils avaient l'intuition d'une place centrale dans l'origine des troubles psychologiques. Ils firent alors le pari que l'ingrédient le plus efficace de la thérapie était la capacité à prendre de la distance par rapport aux pensées et aux émotions. Ils créèrent un modèle thérapeutique, la « distanciation globale », qui avait pour objectif de recourir plus largement à la distanciation face aux événements psychologiques difficiles. Ce modèle s'appuyait essentiellement sur des exercices et des métaphores destinés à faire prendre conscience aux patients du fait qu'ils pouvaient regarder leur pensée comme un processus indépendant et automatique, dont ils pouvaient davantage prendre conscience, mais auquel ils pouvaient aussi moins adhérer. Les premiers résultats furent comparables à ceux obtenus par la thérapie de Beck, mais les processus d'action impliqués semblaient différents. Alors les chercheurs sont repartis au laboratoire pour comprendre ces phénomènes. Leurs travaux les conduisirent à une compréhension pointue des phénomènes langagiers, du symbolisme, de la capacité du langage à évoquer des émotions, ainsi que de la cognition. C'est grâce à ces découvertes sur les mécanismes impliqués dans le langage et la pensée qu'ils créèrent la thérapie d'acceptation et d'engagement (*Acceptance and Commitment Therapy* en anglais). Leur choix a alors été de la diffuser sous l'appellation ACT, c'est-à-dire de prononcer son acronyme comme un seul mot, afin de marquer l'ancrage de la thérapie dans le changement et souligner le caractère actif de ce modèle thérapeutique.

Le premier article mentionnant l'ACT date de 1991. Il faudra attendre 1999, soit près de quinze ans de recherche fondamentale après la mise en place de ses prémisses, pour que paraisse le premier ouvrage qui en pose les bases telles que nous les connaissons actuellement. Aujourd'hui, de nombreux cliniciens et chercheurs de différentes traditions thérapeutiques, dont la moitié en dehors des États-Unis, travaillent sur la thérapie d'acceptation et d'engagement.

Parmi les cliniciens qui découvrent la thérapie d'acceptation et d'engagement, certains y retrouvent des similitudes avec les approches thérapeutiques pour lesquelles ils ont été formés. Certains y voient le

souci d'une approche active propre aux thérapies comportementales et cognitives, d'autres repèrent des ressemblances avec la thérapie des schémas, la Gestalt, l'hypnose ericksonienne, l'entretien motivationnel ou encore la thérapie rationnelle-émotive d'Ellis. D'autres encore y retrouvent l'intérêt pour le langage propre à l'approche psychodynamique. Sur un plan philosophique, elle « flirte » avec le nominalisme et le constructivisme.

L'ACT n'a pas été construite dans un but intégratif. Elle est pourtant un peu de tout cela, tout en ne correspondant à aucun modèle psychothérapeutique proposé jusqu'alors. Ses particularités reposent sur une méthodologie expérimentale associée à une recherche de sens, sur son souci d'étudier l'expérience vécue et le rapport aux émotions, et sur son épistémologie sélectionniste, moniste et pragmatique. Elle permet aussi de repenser la question de l'étiologie des troubles psychologiques, dans une approche fonctionnelle et dimensionnelle.

Mais ce qui fait la spécificité de l'ACT, c'est qu'elle est surtout un ensemble de principes plus qu'un ensemble de pratiques strictement codifiées.

Nous avons élaboré cet ouvrage avant tout pour le clinicien, afin qu'il puisse voir l'application de ces principes et puisse s'y référer dans sa pratique quotidienne. Dans ce manuel, nous décrivons les axes thérapeutiques de la thérapie d'acceptation et d'engagement et proposons des vignettes cliniques, des exercices à réaliser avec les patients, des extraits d'entretiens, des métaphores utilisées en thérapie. Nous avons également choisi de proposer des éclairages sur les concepts de l'ACT, au sein même des différents exemples cliniques et de la description des exercices. Ce choix correspond à l'imbrication forte des aspects théoriques, voire philosophiques, dans tout le courant de l'ACT. Il constitue aussi le reflet de notre façon de considérer la pratique de la psychothérapie, à mille lieux de la simple application d'outils. Pratiquer la psychothérapie, c'est aussi penser l'Homme dans sa complexité et sa diversité. Il nous apparaît primordial que chaque thérapeute s'approprie le modèle qu'il applique, qu'il l'intègre à ses conceptions en saisissant les raisons des choix thérapeutiques, afin qu'il adapte ses outils à chaque patient et à la singularité de leur histoire à tous deux. Nous nous sommes donc attachés à décrire comment mener une thérapie d'acceptation et d'engagement, mais aussi pourquoi la conduire de la façon dont nous le proposons.

Nous espérons que cet ouvrage vous sera utile pour découvrir l'ACT et la mettre en pratique au quotidien. Nous espérons également qu'il vous donnera envie de devenir acteur de ce modèle et de contribuer à le faire progresser, afin que nous puissions proposer à nos patients des prises en charge de plus en plus utiles pour eux.

Chapitre 1
Au-delà du langage, la flexibilité psychologique

La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT, *acceptance and commitment therapy*) s'inscrit dans le mouvement plus général de la troisième « vague » des thérapies cognitives et comportementales (TCC). Elle s'appuie sur les connaissances des vagues comportementales et cognitives qui ont montré leur efficacité (INSERM, 2004), en prolonge les acquis et met l'accent sur les aspects émotionnels et métacognitifs. La première génération des TCC mettait en application les principes des apprentissages classique et opérant pour traiter les troubles psychologiques (voir encadré). Une technique comme l'exposition a ainsi largement montré son efficacité pour aider les patients souffrant de troubles anxieux ou d'addictions. Le renforcement positif a été appliqué dans des problématiques telles que la dépression, l'entraînement aux habiletés sociales ou les troubles du développement. La deuxième génération a ensuite créé des outils reposant davantage sur l'utilisation du langage pour modifier les pensées dysfonctionnelles que l'on observe souvent dans les troubles psychologiques. La restructuration cognitive en est un bon exemple et a montré également de bons résultats. La troisième génération se propose, quant à elle, de modifier notre perspective sur les événements psychologiques (pensées, émotions, sensations).

Les apprentissages classique et opérant

Apprentissage classique

Le principe général de l'apprentissage classique découvert par Pavlov consiste à ce qu'un stimulus initialement neutre acquiert de nouvelles fonctions par association avec un stimulus déclenchant une réponse réflexe. Par exemple, le contact physique avec un partenaire déclenche une sensation de plaisir. Si une chanson est associée à ce contact physique, elle peut par la suite déclencher à elle seule la sensation de plaisir. Ce mécanisme est également à l'œuvre avec des réponses aversives. Par exemple, la sonnerie d'un nouveau réveil ne déclenche généralement pas, hors contexte, de sensations désagréables. Mais après quelques semaines durant lesquelles cette nouvelle sonnerie a été utilisée pour se réveiller, la simple écoute de quelques notes à n'importe quel instant de la journée provoque fréquemment une véritable sensation de malaise…

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Apprentissage opérant

L'apprentissage opérant découvert par Skinner correspond à l'effet des conséquences d'un comportement sur la probabilité d'apparition future de ce comportement. Si un comportement est suivi d'une conséquence agréable, il a tendance à se reproduire. S'il est suivi d'une conséquence aversive, sa fréquence d'apparition a tendance à s'affaiblir. S'il n'est suivi d'aucune conséquence, il tend à s'éteindre, à disparaître. Par exemple, lorsqu'on demande un service à un ami, il peut effectivement nous aider (conséquence agréable), nous dire que nous sommes incapables de nous débrouiller seuls (conséquence aversive), ou ne jamais nous répondre (extinction). La probabilité que nous demandions de nouveau un service à cet ami va être fortement influencée par l'une ou l'autre de ces conséquences.

Plutôt que de chercher à changer le contenu des pensées, ou d'essayer de faire disparaître les émotions difficiles, les modèles thérapeutiques de la troisième vague considèrent que modifier notre relation à ces pensées et émotions est la clé pour aider les patients souffrant de troubles psychologiques. L'idée au cœur d'une telle approche est que la douleur psychologique n'est pas anormale ; elle est le fruit de notre activité cognitive ou langagière. Ce qui peut être problématique, en revanche, c'est la manière dont on gère ces événements psychologiques douloureux. Les modèles de la troisième vague considèrent qu'accepter plutôt que lutter, observer avec distance plutôt que croire nos pensées difficiles, est plus efficace que de tenter de s'en débarrasser, même si c'est généralement notre réaction première. La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT, *mindfulness based cognitive therapy*) (Segal et al., 2002), la thérapie de réduction du stress basée sur la pleine conscience (MBSR, *mindfulness based stress reduction*) (Kabat-Zinn, 1990) ou la thérapie métacognitive (MCT, Metacognitive Therapy) (Wells, 2000) défendent généralement cette position. D'autres modèles, tels que l'activation comportementale (Hopko et al., 2003) ou l'entretien motivationnel (Miller et Rollnick, 2002), concentrent davantage leur approche sur le changement dirigé vers des buts valorisés ou sur la relation thérapeutique comme véhicule du changement dans la thérapie analytique fonctionnelle (FAP, Functional Analytic Psychotherapy) (Kohlenberg et Tsai, 1991). Nous verrons, dans ce chapitre et dans l'ensemble de cet ouvrage, que l'ACT constitue un modèle intégratif se trouvant au carrefour de ces approches : acceptation des événements psychologiques et engagement dans des comportements valorisés. Les outils des deux premières vagues des TCC restent d'une grande utilité, mais ils sont employés dans une démarche parfois différente. Par exemple, l'exposition n'est plus utilisée pour réduire les émotions difficiles, mais pour aider les patients à s'engager vers ce qui compte réellement pour eux, tandis qu'un travail d'observation et d'acceptation des émotions est effectué en parallèle.

L'exigence d'évaluation des pratiques reste la même dans la troisième vague que dans les TCC en général, et les résultats obtenus au cours des quinze dernières années se sont avérés très positifs pour la plupart de ces modèles (Burke et al., 2003 ; Hayes et al., 2006 ; Hofman et al., 2010 ; Mazzucchelli et al., 2009 ; Öst, 2008 ; Hayes et al., 2011 pour une revue générale des modèles de la troisième vague). La démarche du présent ouvrage est en cohérence avec cette tradition scientifique et présente donc non seulement les résultats observés dans l'évaluation des différentes techniques, mais aussi la théorie qui les sous-tend. L'objectif est à la fois de décrire les processus à l'œuvre dans le modèle que nous présentons, mais aussi d'offrir un cadre théorique suffisamment riche pour appliquer les techniques de l'ACT avec flexibilité, en privilégiant leur fonction plutôt que leur topographie, afin de devenir autonome dans l'utilisation et dans la création d'outils thérapeutiques adaptés à chaque patient.

Une interaction forte avec la recherche fondamentale

Au-delà du souci d'évaluer ses pratiques thérapeutiques, l'ACT se situe dans une démarche d'interaction permanente entre clinique et recherche fondamentale. Les exercices proposés aux patients découlent d'études de laboratoire, ou sont créés sur le terrain clinique puis validés dans un contexte davantage contrôlé. Cette stratégie peut apparaître lente, mais elle a l'ambition de bâtir les fondations d'un modèle qui peut évoluer tout en restant cohérent avec les principes philosophiques qui le sous-tendent.

Ces principes philosophiques reposent sur un « contextualisme fonctionnel » (Vilardaga et al., 2009). Cette approche issue de la tradition comportementaliste consiste à appréhender les comportements comme une interaction entre un organisme et un contexte, en considérant davantage la fonction que la topographie. Par exemple, en étudiant les comportements d'une personne souffrant d'un trouble anxieux généralisé, on peut observer qu'une très grande variété de conduites entre dans une même classe fonctionnelle : demander de la réassurance, se mettre en colère, se replier sur soi-même, boire de l'alcool, etc. Tous ces comportements ont pour fonction d'éviter le ressenti de l'anxiété. Pour les modifier, l'approche contextuelle fonctionnelle postule qu'il faut modifier le contexte, c'est-à-dire les variables environnementales qui maintiennent cette classe de comportements.

Il est tentant de penser que parce que les études scientifiques (notamment émanant de la psychologie comportementale) confirment les hypothèses du contextualisme fonctionnel, ce modèle est « vrai ». Le critère de vérité de cette approche est en réalité plus flexible que cela. Les buts du contextualisme fonctionnel sont de découvrir les mécanismes

permettant de prédire et modifier les comportements. De ce fait, si une hypothèse conduit à prédire et modifier un comportement, alors cette hypothèse est confirmée, mais uniquement dans le cadre défini par cette philosophie (ce qu'on appelle le principe d'« a-ontologie » : rien n'est vrai dans l'absolu, tout dépend des buts qu'on souhaite atteindre). Les décennies de recherches conduites dans l'ACT ont permis de montrer que le langage avait un rôle particulier dans le développement et le maintien des troubles psychologiques. Parce que ces recherches ont conduit à l'élaboration de techniques pouvant apaiser la souffrance des patients, le modèle ACT, qui vise les processus langagiers pour augmenter la flexibilité psychologique, peut être considéré comme vrai. Mais c'est avec distance que nous employons ce terme, conscients qu'en définissant d'autres buts, notre modèle pourrait être apprécié différemment. Au fond, nous ne nous soucions pas tant de déterminer la véracité de l'ACT que d'évaluer son utilité.

Les recherches fondamentales ont montré l'importance dans le développement et l'expression des comportements humains d'un type d'apprentissage particulier impliquant le langage. Ce sont ces découvertes fondamentales que nous décrivons maintenant.

Une approche fonctionnelle contextuelle du langage

Analyse skinnerienne du langage

Skinner a été le premier à proposer une analyse détaillée du langage d'un point de vue fonctionnel. Son ouvrage, *Verbal Behavior* (1957) reste encore largement méconnu des francophones puisqu'il n'a jamais été traduit, contrairement à la célèbre critique que Chomsky lui a adressée à l'époque (1967). L'approche de Skinner a consisté à appliquer au langage les principes de l'apprentissage classique et opérant en montrant qu'il s'agit d'un comportement comme les autres, en ce sens qu'il est appris au travers d'une interaction avec l'environnement. Si cette analyse a souffert d'un certain manque de support expérimental, elle a cependant donné lieu à de formidables applications en thérapie, notamment dans le traitement de l'autisme et du handicap mental (INSERM, 2004).

Dans la tradition de la philosophie comportementaliste, l'analyse de Skinner avait pour avantage de reposer sur des mécanismes clairement opérationnalisés et de faire ainsi l'économie d'une modélisation en termes de processus non directement observables. Cependant, et bien que de nombreux comportementalistes considèrent toujours suffisante l'approche skinnerienne, un mouvement est apparu au sein même de la psychologie comportementale pour reconnaître certains manques, en particulier pour expliquer comment un symbole se propage au travers

du langage sans apprentissage direct. Concrètement, la question irrésolue par l'analyse skinnerienne est de savoir comment un comportement peut être appris ou modifié sans avoir jamais été soumis directement aux conséquences concrètes de l'environnement. En psychopathologie, un exemple simple pourrait être celui d'une phobie ne résultant pas d'une expérience malheureuse avec l'objet craint[1].

Dérivation de relations arbitrairement applicable

Une étape cruciale pour dépasser l'approche strictement skinnerienne du comportement verbal, tout en restant fidèle à l'exigence d'opérationnalisation des concepts, réside dans les travaux de Murray Sidman sur l'équivalence de stimulus (Sidman, 1994). La découverte expérimentale majeure de Sidman, particulièrement utile pour analyser les propriétés symboliques du langage, est le mécanisme de dérivation (figure 1.1). Lorsque l'on apprend à un jeune enfant à dire « *chien* » quand l'image d'un chien lui est présentée (en disant par exemple : « *c'est un chien* »), il devient capable sans apprentissage supplémentaire de désigner l'image du chien en entendant le mot chien (par exemple : « *Où est le chien ?*»). Il s'agit là du principe de symétrie qui paraît fort simple, mais dont seul l'être humain semble capable. Si on lui présente ensuite le mot écrit « CHIEN » en lui disant « *ça veut dire chien* », il sera capable de désigner le mot écrit « CHIEN » en entendant « *chien* » (de nouveau,

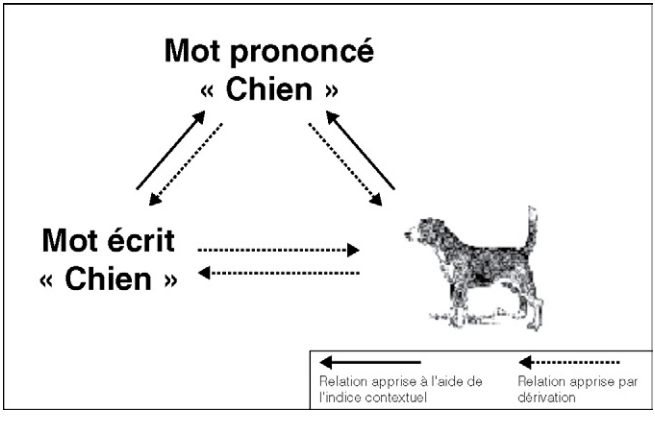


FIGURE 1.1. **Mécanisme de dérivation permettant d'analyser les propriétés symboliques du langage.**

1. Bien que Skinner ait introduit la notion d'apprentissage par les « règles » pour tenter de répondre à cette question, il n'a jamais proposé lui-même une analyse précise de ce processus.

par symétrie), mais aussi de désigner le mot écrit « CHIEN » en voyant l'image du chien (principe de transitivité), et vice versa.

Si un tel phénomène peut sembler d'une grande simplicité et d'une évidence universelle, il implique pourtant la possibilité d'apprendre un grand nombre de relations entre les stimuli, sans avoir besoin de les expérimenter toutes directement. De plus, la difficulté réside dans la démonstration expérimentale des mécanismes à l'œuvre, comme souvent en psychologie. Dans ce cas précis, on observe ainsi que l'apprentissage opérant direct (l'enfant est d'abord renforcé lorsqu'il dit « *chien* » à la présentation de l'image du chien, puis du mot « CHIEN ») donne lieu à la *dérivation* d'un réseau de relations d'équivalence, sans apprentissage direct supplémentaire. L'apprentissage classique ne peut expliquer un tel phénomène : la relation entre le mot écrit et l'image du chien ne résulte pas d'une association directe entre ces deux stimuli[2]. Le mécanisme de généralisation ne semble pas non plus suffisant puisque les deux stimuli, le mot écrit et l'image du chien, ont une apparence physique très différente. Il apparaît ainsi que plusieurs stimuli peuvent avoir une même signification alors même qu'ils ne se ressemblent pas physiquement et qu'ils n'ont pas été en contact direct, ce qui semble correspondre à la dimension « symbolique » du langage.

On peut comprendre comment cela est possible, d'un point de vue comportemental, en examinant les procédures expérimentales développées pour reproduire un tel phénomène en laboratoire. Dans un premier temps, répondre *relationnellement* est appris en lien avec les caractéristiques concrètes, intrinsèques (on dit aussi non arbitraires) des stimuli. Par exemple, un participant à l'expérience a devant lui un ordinateur montrant une série de figures de différentes couleurs et un échantillon de comparaison (figure 1.2). Un indice, dont le participant ne connaît pas la signification à ce stade, est également présenté (il peut s'agir par exemple d'une suite lettres ne formant pas un mot connu, comme ZAWOK). La tâche du participant est de choisir l'une des figures. S'il choisit le rond noir, il reçoit un feedback lui indiquant que sa réponse est correcte. À mesure que des exemples similaires lui sont présentés, le participant apprend bientôt que, en présence de ZAWOK, il faut choisir la figure qui a la même couleur que l'échantillon de comparaison. En d'autres termes, il apprend que ZAWOK signifie « est similaire à » et établit une relation d'équivalence entre deux ou plusieurs stimuli (ici, sur la base de leur couleur). ZAWOK est ce qu'on appelle un indice

2. On pourrait également invoquer l'apprentissage classique de second ordre. Cependant, les procédures employées en laboratoire pour reproduire le phénomène de dérivation ne correspondent pas à la définition d'une procédure d'apprentissage classique. De plus, comme nous le verrons plus loin, l'apprentissage classique ne pourrait (éventuellement) rendre compte que des relations d'équivalence (A = B = C), mais pas des autres types de relation, par exemple les relations de comparaison (A < B < C).

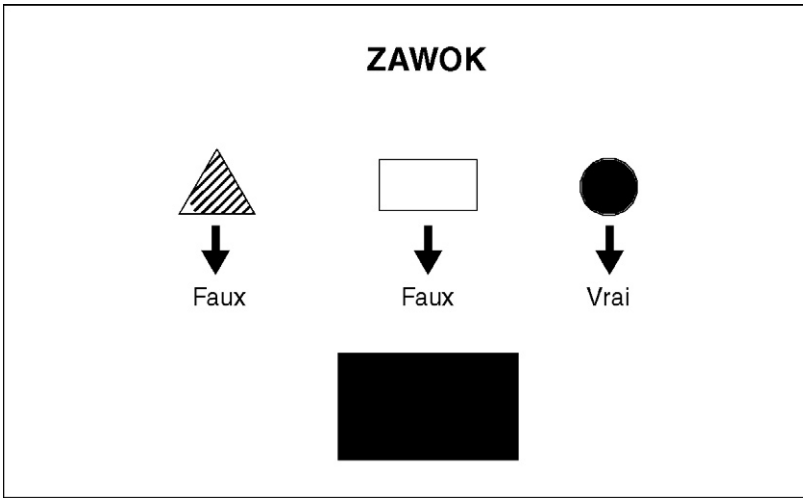


FIGURE 1.2. **Application non arbitraire d'un indice contextuel.**

contextuel, c'est-à-dire qu'il établit un contexte dans lequel choisir deux éléments de même couleur est renforcé. La réponse relationnelle est dite non arbitraire parce que la couleur des stimuli est une caractéristique intrinsèque, qui n'est pas établie par un contexte (quoiqu'on dise ou pense, la couleur reste la même pour les deux stimuli).

Dans un second temps, le participant apprend à répondre relationnellement, indépendamment des relations intrinsèques des stimuli. Cela intervient par l'application arbitraire de l'indice contextuel. On présente trois nouveaux stimuli, un échantillon de comparaison (par exemple, de nouveau un rectangle noir) et, de nouveau, l'indice contextuel ZAWOK (figure 1.3). Cette fois, le participant reçoit un feedback positif s'il choisit le stimulus GERD. Il n'y a pas de raison apparente pour que le rectangle noir et GERD soient « similaires », mais la présence de l'indice contextuel et le renforcement du choix correct placent ces deux stimuli en relation d'équivalence. C'est exactement la même chose qui se passe lorsque l'on dit à un enfant que le mot chien et l'image d'un chien sont similaires. La relation n'est pas établie en fonction des caractéristiques intrinsèques des stimuli mais par convention sociale. L'image d'un chien ne ressemble pas physiquement au mot écrit « chien ».

Cadres relationnels et transformation de fonction

La théorie des cadres relationnels (TCR) (Hayes et al., 2001), directement issue de la psychologie comportementale, a consisté à étendre les travaux de Sidman sur la dérivation de réponses relationnelles pour

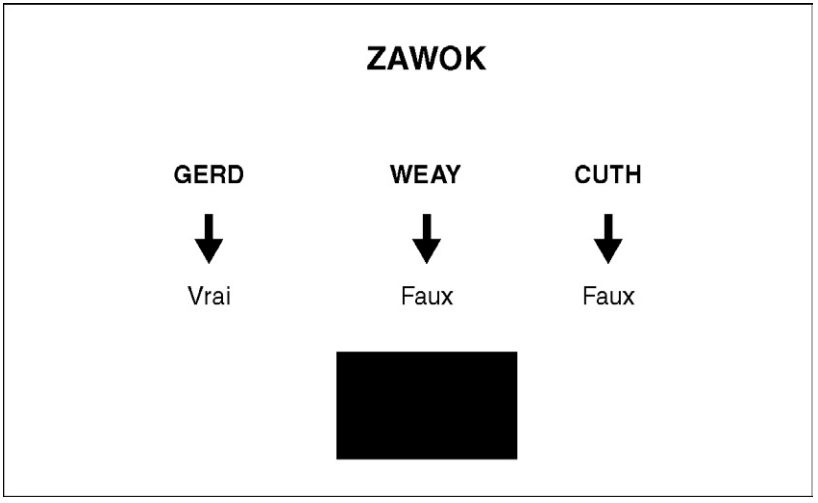


FIGURE 1.3. **Application arbitraire d'un indice contextuel.**

construire une analyse complète du langage. Un premier élément clé de cette extension est l'application du principe de dérivation, non seulement aux relations d'équivalence, mais également à tout type de relation. Par exemple, si un enfant apprend que « glacé » est moins chaud que « froid », puis que « froid » est moins chaud que « tiède », il peut répondre à la question « *Qu'est-ce qui est le plus chaud entre glacé et tiède ?* » (A < B puis B < C donnent lieu à la dérivation A < C) (Dymond et Barnes, 1995). Le type de préparation employé pour reproduire expérimentalement un tel phénomène n'est pas différent de celui utilisé pour les relations d'équivalence. Et il en est de même pour les relations d'opposition, de hiérarchie, de condition, etc. Comme avec les relations d'équivalence, l'indice contextuel établissant une relation de comparaison peut être appliqué indépendamment des caractéristiques non arbitraires des stimuli. Un exemple classique est la comparaison entre une pièce de 50 centimes d'euros et une pièce d'un euro : bien que cette dernière soit de taille plus petite, elle a une valeur plus importante. Appréhendé de cette manière, **le langage apparaît ainsi défini comme une capacité à mettre en relation les événements, en se fondant soit sur les caractéristiques non arbitraires des stimuli, soit sur des caractéristiques définies par le contexte social.**

La capacité à mettre en relation les événements qui nous entourent indépendamment de leur apparence a pour conséquence de pouvoir également transformer la fonction de ces événements, sans aucune limite, simplement par l'action du langage. En laboratoire, le principe général est le suivant : on donne d'abord une fonction particulière à

un stimulus par apprentissage classique ; par exemple, le stimulus A est associé à un renforçateur. En conséquence, A devient un renforçateur et peut augmenter la probabilité d'apparition d'un comportement s'il est présenté après celui-ci (suivant le principe de l'apprentissage opérant). Dans un deuxième temps, une relation d'équivalence A = B est établie en suivant le type de procédure décrit plus haut, c'est-à-dire à l'aide d'un indice contextuel et non d'une association de type apprentissage classique. B devient alors également un renforçateur. Et si l'on établit ensuite une relation d'opposition entre C et B, C devient un événement aversif qui peut diminuer la fréquence d'apparition d'un comportement s'il est présenté après celui-ci. C'est ce que l'on peut observer dans la vie tous les jours, lorsque l'on dit par exemple « *Goûtez ce fruit exotique, il est délicieux !* » ou, à l'inverse, « *Ne mangez pas ce champignon, il est vénéneux !* ». La fonction du fruit et du champignon est transformée par le langage, et non par le contact direct avec leurs caractéristiques non arbitraires (c'est-à-dire sans avoir besoin de les goûter au préalable, de les trouver délicieux ou d'être malade). Il serait tout à fait possible de dire le contraire, que le fruit est vénéneux et le champignon délicieux, et les comportements relatifs à ces deux stimuli s'en trouveraient changés également. Pour la TCR, la possibilité de changer la fonction des événements simplement par l'utilisation d'indices contextuels constitue la spécificité du langage. En établissant des relations verbales, les organismes dotés de cette compétence (l'état de la recherche actuelle indique que cela concerne uniquement l'être humain) peuvent accélérer leurs apprentissages, créer des métaphores, raconter des histoires totalement imaginaires et se comporter en fonction de croyances qui ne reflètent pas la réalité de ce qui les entoure.

Le langage est responsable de l'évitement expérientiel

Le langage a la capacité de donner aux événements psychologiques une valeur aversive. Et c'est parce qu'ils deviennent aversifs que nous essayons de les éviter, que nous tentons d'éviter l'expérience même de vivre nos événements psychologiques. Mais parallèlement, le langage empêche que ces évitements d'expérience soient durablement efficaces. De plus, les évitements expérientiels se maintiennent souvent en dépit de leurs conséquences délétères, toujours en raison du langage. Ce sont ces trois caractéristiques du langage, dont certaines sont donc paradoxales, que nous décrivons maintenant. Elles sont importantes à saisir, car l'ACT a pour objectif global de diminuer l'utilisation permanente de l'évitement face aux événements psychologiques douloureux, et la démarche clinique découle directement de la compréhension de ces mécanismes par le modèle de la TCR.

Le langage entraîne l'évitement d'événements psychologiques

Nous avons vu précédemment comment la TCR a montré expérimentalement la manière avec laquelle un événement peut acquérir une fonction sans que les mécanismes d'apprentissage classique ou de généralisation n'interviennent. Dans une série d'études récentes, des chercheurs ont exploré ce phénomène dans le cadre de l'apprentissage d'un évitement (Dymond et Roche, 2009, pour une revue de cette série de travaux). Le principe était d'abord de soumettre les participants à un apprentissage relationnel de type A = B = C. Dans un deuxième temps, le stimulus A acquerrait la fonction d'avertir un événement aversif par apprentissage répondant (une image anxiogène était présentée sur l'écran d'ordinateur juste après le stimulus A). Les participants apprenaient également qu'en appuyant sur une touche de l'ordinateur, ils pouvaient éviter que l'image anxiogène apparaisse. Dans une phase test finale, les chercheurs ont observé que les participants appuyaient sur la touche d'évitement lorsqu'ils voyaient apparaître le stimulus A (associé par apprentissage classique à l'image), mais aussi lorsqu'ils voyaient le stimulus B (en relation d'implication mutuelle avec A[3]) et le stimulus C (en relation d'implication combinée avec A[4]). Pour résumer, même les stimuli qui n'avaient jamais été associés à l'image anxiogène déclenchaient une réponse d'évitement. C'est uniquement par la présence d'un indice contextuel langagier (comme « ZAWOK » dans nos exemples précédents) que les participants ont appris à répondre à B et C de manière identique à A. Une recherche de ce type montre comment des événements peuvent être évités même lorsqu'ils n'ont pas été impliqués directement dans une situation aversive. Par exemple, lorsqu'une personne est victime d'un grave accident de voiture, il arrive fréquemment qu'elle ressente un stress important en retournant sur les lieux de l'accident (apprentissage classique) ou en voyant une voiture similaire à la sienne (généralisation). Mais elle peut également ressentir des émotions très douloureuses simplement en pensant à l'anniversaire de son fils, bientôt âgé de 18 ans. Dans ce dernier cas, le langage a établi une relation d'équivalence entre l'accident et le fait que son fils aura bientôt la possibilité de conduire. Avec ce mécanisme, mêmes nos pensées (qui ne peuvent pourtant pas en elles-mêmes être physiquement dangereuses) sont identifiées comme une menace et deviennent cibles d'échappement et d'évitement : nous cherchons par tous les moyens à ne pas penser à

3. L'« implication mutuelle » est le terme provenant de la TCR qui correspond à la notion de symétrie dans le modèle de Sidman présenté précédemment.
4. L'« implication combinée » correspond à la notion de transitivité dans le modèle de Sidman présenté précédemment.

quelque chose de douloureux, alors qu'une pensée n'a pas la dangerosité de l'événement ou de l'objet auquel elle se réfère.

Le langage rend impossible l'évitement des événements psychologiques

Si nous pouvions contrôler notre pensée facilement et sans conséquence, le fait que le langage nous amène à éviter notre propre pensée ne serait sans doute pas un problème. Il nous suffirait de faire le tri entre nos bons et nos mauvais souvenirs, pensées, émotions ou sensations, et de choisir de ne garder que ceux qui nous rendent heureux. Malheureusement, les recherches menées sur cette question ne sont pas vraiment encourageantes, loin s'en faut. Daniel Wegner, le chercheur qui a sans doute le plus étudié la question du contrôle de notre propre pensée, est arrivé à cette conclusion : plus on essaie de ne pas penser à quelque chose et plus on y pense. Dans une expérience princeps de sa série de travaux, il était demandé à des participants de tout faire pour ne pas penser à un ours blanc. Il en résultait que ces participants non seulement ne parvenaient pas à effacer l'ours blanc de leur pensée, mais voyaient même leurs pensées se concentrer davantage sur celui-ci que si on ne leur donnait pas une telle instruction (Wegner, 1989 ; voir aussi Chapitre 2, paragraphe « Un risque de perte de flexibilité »).

La TCR suggère que cette incapacité à contrôler notre pensée est due à la constante mise en relation des événements par le langage, d'une manière qui peut être indépendante de leur apparence. Pour ne pas penser à un ours blanc, il ne nous faut pas seulement éviter l'ours blanc, ce qui est blanc, ce qui ressemble à un ours, etc., mais aussi tout ce qui peut se rapporter symboliquement à cette cible. Par exemple, en concentrant sa pensée sur un lieu où les ours blancs n'existent pas, tôt ou tard des pensées vont apparaître, telles que « *Voilà un endroit où il n'y a pas d'ours blanc* », « *Les gens qui vivent ici n'ont sûrement jamais vu d'ours blanc* » ou encore « *Pourquoi suis-je en train de penser à un désert en Afrique déjà ? Ah oui, pour ne pas penser à un ours blanc !* ». Il devient ainsi impossible de circonscrire sa pensée à une aire protégée. Une étude a récemment montré comment ce phénomène peut s'expliquer expérimentalement par la TCR (Hooper et al., 2010). L'expérience reprenait le même principe d'un apprentissage relationnel A = B = C, mais la particularité était que A était cette fois le mot « *ours* », tandis que B et C étaient des stimuli n'ayant originellement aucune signification particulière (GEDEER et BOCEEM). Dans un deuxième temps, la consigne était donnée aux participants de ne pas penser à « *ours* »[5], alors

5. L'expérience étant assez brève et la cible de l'évitement n'étant pas chargée émotionnellement, une tâche parallèle dite de « charge cognitive » était également incluse pour augmenter la difficulté à supprimer sa pensée (comme dans l'expérience de Wegner).

qu'ils voyaient défiler sur un écran d'ordinateur une série de stimuli, dont OURS, GEDEER et BOCEEM, mais aussi d'autres stimuli n'ayant pas été inclus dans l'apprentissage relationnel. Les participants avaient aussi la possibilité d'appuyer sur une touche de l'ordinateur pour faire disparaître le stimulus. Les résultats ont montré que les participants supprimaient davantage OURS, mais aussi GEDEER (en relation d'implication mutuelle avec OURS) et BOCEEM (en relation d'implication combinée avec OURS), que les autres stimuli. Il apparaît donc qu'avec la consigne de supprimer une pensée, même les événements qui n'ont pas une apparence similaire à la cible principale deviennent aussi une cible d'évitement.

On comprend ici comment il sera difficile pour une personne qui souffre par exemple de trouble obsessionnel de ne pas penser à ses obsessions. Le thème de la contamination qui est souvent présent dans ce type de problématique peut être relié à n'importe quel autre thème (même si l'on pense à un lieu parfaitement propre, ce lieu sera toujours au moins en opposition avec « contamination »…). Le réseau relationnel créé par le langage s'étend ainsi constamment et inclut potentiellement n'importe quel événement nouveau. Même la tentative de suppression de la pensée peut devenir elle-même un événement évocateur de cette pensée.

Le langage maintient les tentatives d'évitement d'événements psychologiques

Alors que tenter d'éviter ses pensées et émotions apparaît vain et même contre-productif, il s'agit pourtant d'une stratégie très répandue et persistante, en particulier chez les personnes souffrant de troubles psychologiques (Boulanger et al., 2010). Il peut paraître surprenant que l'on maintienne des comportements qui n'ont pas les conséquences attendues, et cela défit d'ailleurs souvent la compréhension des patients, de leur entourage et même parfois de leurs thérapeutes (« *Pourquoi est-ce que je fais toujours la même erreur ?* », « *Pourquoi ne change-t-il pas alors qu'il se fait du mal ?* »). En fait, cela a également défié la compréhension des chercheurs qui étudiaient l'apprentissage opérant chez l'Homme. En théorie, un comportement se maintient s'il est suivi d'une conséquence renforçante (soit par apparition de quelque chose d'agréable, soit par suppression de quelque chose de désagréable, selon le principe de l'apprentissage opérant). Certes, par l'effet d'un renforcement apparaissant de façon variable, il est possible d'observer des comportements stables, alors même qu'ils ne semblent pas renforcés (c'est le cas par exemple si l'on observe un enfant pleurer systématiquement au supermarché pour avoir des bonbons, alors que ses parents ne cèdent qu'une fois de temps en temps). Mais ces comportements sont en

fait bel et bien renforcés. Souvent également, on observe des comportements contre-productifs à long terme qui se maintiennent parce qu'ils sont renforcés à court terme. C'est sans doute en partie ce qui se passe pour les personnes qui persistent à tenter de contrôler leurs pensées, émotions et sensations. À court terme, concentrer son attention sur une pensée agréable ou consommer de l'alcool peut permettre d'oublier un événement traumatisant, au moins pendant un moment. On persiste donc dans cette stratégie, même si cela entraîne des conséquences négatives plus dramatiques encore (dépendance à l'alcool, incapacité à entamer une conversation de peur qu'un sujet abordé soit relié au traumatisme).

Mais pour la TCR, ce ne sont pas les seuls mécanismes responsables de la persistance dans des comportements inadaptés. Steven Hayes, l'un des fondateurs de l'ACT, a particulièrement étudié la question de l'influence du langage sur les mécanismes de l'apprentissage opérant (Hayes, 1989). En laboratoire, les patterns de réponse émis en fonction de programmes d'apprentissage contrôlés montraient des différences significatives entre hommes et animaux : chez l'Homme, les réponses ne suivaient pas strictement la manière dont les conséquences concrètes étaient arrangées. Bien que cela puisse sembler banal de constater que les êtres humains ne fonctionnent pas de la même manière que les autres êtres vivants, comprendre pourquoi et comment à un niveau scientifique est loin d'être aussi évident. Hayes et ses collègues ont alors entamé une série de travaux dans les années 1980 visant à étudier l'effet du contrôle verbal sur l'ajustement aux conséquences concrètes de l'environnement. L'une des découvertes majeures de ces recherches est d'avoir montré expérimentalement que suivre une instruction peut entraîner une insensibilité aux conséquences de nos comportements. L'expérience canonique se présente de la façon suivante : un bouton rouge et un bouton vert sont présentés à des participants à qui l'on dit qu'ils vont devoir tenter de gagner des points en les actionnant. Les boutons ne sont pas tous deux actifs en même temps mais de façon alternative (quand une lumière rouge s'allume, il faut appuyer sur le bouton rouge, alors qu'une lumière verte indique quand il faut appuyer sur le bouton vert). Les participants sont alors divisés en deux groupes. Dans un groupe « instruction », on explique aux participants qu'appuyer très vite et très souvent sur le bouton rouge va leur permettre de gagner un maximum de points, alors que sur le bouton vert, appuyer de temps en temps est le plus efficace. Les deux boutons correspondent en effet à deux programmes de renforcement différents (appuyer sur le bouton rouge permet d'obtenir en moyenne un point tous les huit appuis, alors qu'appuyer sur le vert permet d'obtenir en moyenne un point toutes les huit secondes). Dans un groupe « sans instruction », en revanche, on laisse les participants découvrir la meilleure stratégie pour

gagner des points. Dans une première phase, les participants du groupe « instruction » s'ajustent plus rapidement que ceux n'ayant pas reçu la règle : ils appuient donc davantage sur le bouton rouge que sur le bouton vert. Il semble ainsi qu'ils bénéficient de l'apport verbal pour se comporter le plus en adéquation possible avec les conséquences. Mais, après que les deux groupes ont montré des patterns de réponse similaires (le groupe « sans instruction » nécessitant davantage de temps pour cela), la fonction des deux boutons est inversée, sans que cela soit indiqué aux participants. Ils peuvent néanmoins toujours observer le nombre de points qu'ils gagnent à mesure de l'appui sur les boutons. Lors de cette seconde phase, ce sont cette fois les participants du groupe « sans instruction » qui s'ajustent plus rapidement aux conséquences. Ils inversent leur façon d'appuyer sur les boutons en accord avec l'inversion de la fonction des boutons, tandis que les participants sous contrôle d'une règle verbale persistent plus longtemps dans leur façon d'appuyer sur les boutons, même si cela n'est plus aussi efficace. C'est ainsi une insensibilité aux conséquences directes des comportements qui est générée par le contrôle verbal.

Dans un premier temps, s'appuyer sur le langage s'avère très efficace et rapide : les participants n'ont pas besoin d'apprendre par « essai/erreur ». C'est finalement ce qui se passe lorsque l'on suit un conseil tel que « *Si vous allez à l'autre magasin, vous trouverez le même article 25 % moins cher* » ou « *N'empruntez pas cette route, il y a un risque d'éboulement !* ». Nous apprenons vite, sans être au contact de conséquences désagréables. Mais parce que cela est si utile, nous avons tendance à suivre ce que le langage « nous dit » en toutes circonstances et à perdre le contact avec les conséquences effectives de nos conduites.

Cette insensibilité aux conséquences réelles des comportements est probablement au centre de la persistance des stratégies d'évitement de pensées et d'émotions. L'incitation à contrôler sa peur, sa tristesse, sa colère, sa douleur ou ses pensées négatives est extrêmement répandue dans nos cultures et l'on enseigne dès le plus jeune âge toutes sortes de stratégie pour y parvenir. Très jeunes, nous apprenons qu'il ne faut pas pleurer ou trembler, qu'il faut tirer un trait sur son passé et penser « positif ». Les recettes pour se sentir bien fleurissent dans de nombreux livres, DVD ou applications pour téléphones. La démarche principale mise en avant vise à une modification des émotions et des pensées, alors même que cette démarche n'apporte pas de résultats durables, ou au prix d'efforts et de sacrifices démesurés.

Sous contrôle verbal, nous perdons donc le contact avec l'inefficacité de nos stratégies de gestion des émotions, au détriment de ce qu'il semblerait plus adapté de faire lorsque nous sommes traversés par des événements psychologiques douloureux. C'est ce que l'ACT appelle l'*évitement expérientiel*, qui peut être formellement défini par la

tendance rigide, influencée par le langage, à essayer d'échapper ou éviter les expériences psychologiques en tentant de modifier leur fréquence, leur forme ou leur intensité, alors que cette tendance interfère avec l'engagement dans des actions valorisées (Hayes et al., 1996).

Or, les effets de l'évitement expérientiel semblent particulièrement négatifs et conduisent à l'apparition des symptômes habituellement ciblés en psychothérapie. Mesuré grâce à l'échelle d'acceptation et d'action (Bond et al., soumis ; Monestès et al., 2009 pour la version française), l'évitement expérientiel explique 16 à 28 % de la variance des troubles psychologiques (Hayes et al., 2006). Plus particulièrement, l'évitement expérientiel est corrélé avec les troubles anxieux, dépressifs, les addictions, le stress post-traumatique, les difficultés psychologiques liées à la douleur chronique et certains troubles de la personnalité. Il est aussi en corrélation négative avec diverses mesures de qualité de vie (Boulanger et al., 2010). La présence de l'évitement expérientiel dans une grande variété de syndromes conduit à appréhender ce phénomène de façon transdiagnostique et à considérer qu'il peut constituer une cible fonctionnelle de prise en charge des troubles psychologiques. Cette hypothèse semble d'autant plus prometteuse que l'évitement expérientiel apparaît jouer un rôle véritablement actif, et non uniquement corrélatif, dans le développement des troubles psychologiques (Boulanger et al., 2010). L'ensemble de ces données conduit l'ACT à proposer une démarche thérapeutique qui vise à altérer les processus langagiers à l'origine de l'évitement expérientiel et à développer la flexibilité psychologique, c'est-à-dire la capacité à agir dans une direction valorisée, en acceptant l'apparition éventuelle d'événements psychologiques difficiles.

L'ACT : cibler le langage pour augmenter la flexibilité psychologique

La flexibilité psychologique en six points et trois axes

Puisque la perte de flexibilité semble être commune à la plupart des troubles psychologiques (Hayes et al., 2006), la démarche clinique de l'ACT est globalement la même pour l'ensemble des syndromes répertoriés dans les classifications de type DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) ou CIM (Classification internationale des maladies). Cette approche est organisée en six points qui peuvent être eux-mêmes regroupés en trois axes principaux dans une figure appelée l'Hexaflex (figure 1.4), que le thérapeute applique en privilégiant une approche expérientielle (c'est-à-dire utilisant de nombreux exercices concrets convoquant l'expérience du patient, plutôt que des instructions), pour contourner les effets délétères du langage.

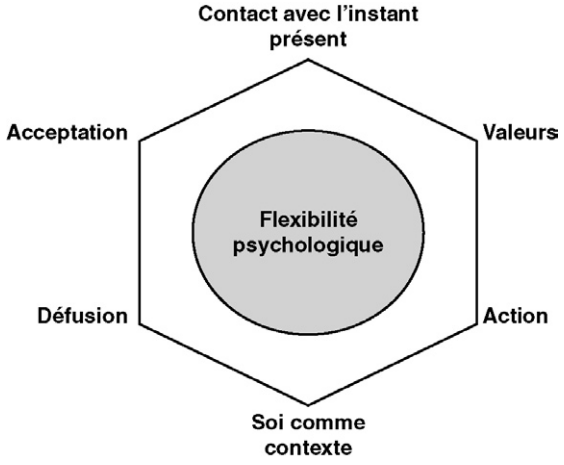


FIGURE 1.4. **Le modèle ACT organisé en six axes thérapeutiques : l'Hexaflex.**

Le premier axe développe l'acceptation et la défusion des événements psychologiques pour diminuer l'évitement et la rigidité engendrés par le langage (voir Chapitres 4 et 7 de ce livre) ; le deuxième axe favorise le contact avec l'instant présent et le changement de perspective sur ses propres événements psychologiques, pour diminuer l'insensibilité à l'environnement et l'attachement excessif à la conceptualisation de soi dont le langage est aussi à l'origine (voir Chapitres 8 et 9 de ce livre) ; le troisième axe vise la construction et/ou la clarification des domaines de vie valorisés et l'accroissement des actions dirigées vers ces domaines, en utilisant les effets positifs du langage (voir Chapitre 5 de ce livre). En regroupant ces principes de cette manière, on perçoit par ailleurs la qualité intégrative de l'ACT, qui comprend la plupart des éléments proposés dans les diverses approches de la troisième vague.

Résultats de l'ACT

Plus de cinquante essais et études de cas ont été conduits pour évaluer l'ACT, dont une trentaine d'essais randomisés contrôlés. La littérature est aujourd'hui suffisamment vaste pour donner lieu à des méta-analyses (Öst, 2008) et des revues (Hayes et al., 2006 ; Ruiz, 2010). Ces travaux de synthèse montrent les effets positifs significatifs de cette approche en comparaison avec un traitement habituel ou une liste d'attente, et ce pour une importante variété de troubles psychologiques. Ainsi, avec une méthodologie clinique très similaire, les essais randomisés ont porté sur la dépression (Zettle et al., à paraître), le trouble

obsessionnel-compulsif (Twohig et al., 2010), la psychose (Bach et Hayes, 2002), l'addiction (Hayes et al., 2004), la trichotillomanie (Woods et al., 2006), le trouble anxieux généralisé (Roemer et al., 2008) ou le trouble de la personnalité état limite (Gratz et Gunderson, 2006). Dans le champ de la santé, des résultats positifs ont été obtenus dans la prise en charge de la douleur chronique (Wicksell et al., 2009), de l'épilepsie (Lundgren et al., 2006), de la gestion du diabète (Gregg et al., 2007), du stress lié au travail (Bond et Bunce, 2000), de l'arrêt du tabac (Gifford et al., 2004), de l'obésité (Lillis et al., 2009) et des troubles alimentaires (Juarascio et al., 2010).

Les chercheurs s'intéressant à l'ACT ont également le souci d'examiner ce qui fonctionne de façon active dans le traitement global, afin d'extraire les principes actifs du modèle. Plus de quarante études ont été menées avec cette intention et ont révélé des tailles d'effet significatives pour ce qui concerne l'acceptation (sept études), le contact avec l'instant présent (sept études), les valeurs (six études), la défusion (trois études) et une combinaison d'éléments de pleine conscience et de valeurs (six études) (Levin et al., soumis, pour une méta-analyse ; Ruiz, 2010, pour une revue).

Peut-être plus important encore est d'examiner ce qui fonctionne en tant que processus de changement dans une approche thérapeutique. Cela est rendu possible par une analyse de médiation des données issues des échelles d'acceptation et d'action, de défusion, de valeurs ou de pleine conscience (voir Chapitre 11, « Évaluer les avancées thérapeutiques »). Les essais menés sur l'ACT révèlent que le traitement agit positivement sur l'évitement expérientiel, la fusion et les valeurs (Hayes et al., 2006). Plus de 50 % des différences intergroupes observées en suivi dans les essais contrôlés sont dues à une modification de la flexibilité psychologique et de ses composants (Hayes et al., 2011).

L'ACT constitue un modèle à part entière, proposant une véritable nouvelle approche du langage en thérapie. Comme la plupart de ses compagnons de la troisième vague, elle s'inscrit à la fois dans la tradition scientifique des TCC et ouvre des perspectives nouvelles sur des questions qui ont pu être négligées jusque-là par la psychothérapie scientifique, comme la question du sens de l'existence par exemple.

L'ACT est également fondée sur un programme de recherche riche et ambitieux, non seulement intéressé par l'évaluation des pratiques mais également par l'analyse des processus opérant au cœur de cette pratique thérapeutique. L'ancrage de ce modèle dans une philosophie « a-ontologique » (le principe selon lequel ce qui est vrai en science est ce qui permet d'atteindre les buts fixés) lui offre à la fois rigueur scientifique et souplesse pragmatique. Ce qui est sélectionné est ce qui

fonctionne en accord avec les buts annoncés. Pour cette raison, le modèle est évolutif et susceptible d'intégrer des pratiques émanant d'approches différentes. Parce que l'ACT se veut une application de la recherche fondamentale, les techniques employées aujourd'hui peuvent être modifiées demain au profit d'autres plus efficaces, découlant d'une meilleure compréhension du comportement humain et de la psychopathologie en particulier.

Partie I

Perdus dans la lutte

Qui craint de souffrir,
Il souffre déjà de ce qu'il craint.
Montaigne, *Essais*

Chapitre 2

La lutte permanente pour éviter les émotions négatives

Ce qui caractérise les patients qui souffrent de troubles psychologiques ne se résume pas aux émotions et pensées négatives, aux souvenirs douloureux ou aux envies irrésistibles qui les assaillent. Car pour l'ACT, la présence d'événements psychologiques désagréables est intrinsèque à la condition humaine (voir encadré). Ces événements psychologiques proviennent d'abord de l'évolution de notre espèce : les émotions, les plus douloureuses comme les plus agréables, ont le plus souvent une valeur adaptative (Monestès, 2010). L'apparition de ces émotions découle ensuite en grande partie de nos capacités langagières relationnelles telles que nous les avons décrites au Chapitre 1, « Au-delà du langage, la flexibilité psychologique ».

Les événements psychologiques douloureux sont intrinsèques à la condition humaine

Une des hypothèses courantes de différentes psychothérapies est que la santé mentale correspond à une absence de maladie ou de troubles psychologiques. À l'inverse, l'ACT repose sur l'hypothèse d'une « normalité destructrice » (Hayes et al., 1999), c'est-à-dire qu'elle considère que le fonctionnement psychologique normal est source de douleur. Pour l'ACT, la souffrance psychologique est inhérente à la condition humaine elle-même, et plus particulièrement aux habiletés langagières. C'est parce que nous pouvons, au moyen du langage, accrocher un symbolisme aux événements et aux objets qui nous entourent qu'ils deviennent davantage à nos yeux que ce qu'ils sont réellement. Parmi ces significations ajoutées par le langage, certaines sont immanquablement douloureuses car elles impliquent des jugements de valeur négatifs ou des souvenirs d'expériences pénibles. Les processus langagiers sont à la racine des troubles psychopathologiques et ne peuvent être éliminés. À ce titre, le thérapeute est également sujet à des événements psychologiques douloureux.

En corollaire, ce n'est pas la présence d'événements psychologiques difficiles qui définit un trouble psychologique dans l'ACT, mais le fait de persister dans des stratégies de lutte contre ces événements psychologiques même lorsque ces stratégies s'avèrent délétères.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Ce qui différencie les personnes qui souffrent de troubles psychologiques repose essentiellement sur ce qu'elles *font* de leurs événements psychologiques désagréables. Les recherches ont montré une corrélation forte entre les troubles psychologiques et la tendance exclusive à lutter, à se défendre activement pour ne pas être en contact avec ses événements psychologiques désagréables, pour ne pas vivre certaines expériences émotionnelles (Hayes et al., 2006). C'est précisément cette lutte constante, cette diminution de la variété des réactions face aux événements psychologiques – ce que nous appelons la perte de flexibilité psychologique –, qui fait passer de la douleur à la souffrance.

Les évitements expérientiels

Les évitements expérientiels correspondent aux tentatives d'échapper aux expériences psychologiques (pensées, émotions, sensations physiques) ou de les éviter, en essayant de modifier la forme, la fréquence, l'intensité ou l'exposition à ces événements psychologiques (Hayes et al., 1996). Nous verrons plus loin que ces tentatives s'avèrent le plus souvent infructueuses, et qu'elles interfèrent généralement avec l'accomplissement d'activités qui pourraient être à l'origine d'une vie plus riche.

Ce concept permet d'envisager plus en détail la fonction des comportements qu'on qualifie d'évitements. En effet, les évitements n'ont pas comme unique fonction de soustraire à un contexte ou un environnement particulier. Leur conséquence est également que des émotions et des pensées douloureuses n'apparaîtront pas. Si je refuse d'être président de mon club sportif, c'est à la fois pour ne pas siéger pendant des réunions au cours desquelles j'ai déjà vécu une attaque de panique, mais également pour ne pas ressentir l'accélération de mon rythme cardiaque, le tremblement de mes mains, les sueurs froides et les pensées selon lesquelles je ne suis pas à la hauteur au moment de prendre la parole. Ce sont avant tout ces événements psychologiques et proprioceptifs qui sont évités, plus que la situation elle-même. Ou encore, si un patient éteint la télévision alors qu'est diffusé un programme à propos du cancer, ce qu'il évite n'est pas le fait de regarder la télévision, mais l'ensemble des pensées qu'il prédit que cette émission va faire apparaître (la conviction d'avoir été « contaminé » en regardant la télévision, par exemple) et toutes les émotions qui y sont associées (la peur de transmettre cette maladie à ses proches, la culpabilité, la peur de la mort, etc.). Tout évitement a, *in fine*, une fonction d'évitement de ce qui est ressenti ou pensé.

La meilleure preuve pour appuyer le fait que ce sont bien les expériences vécues qui sont évitées, et non uniquement les situations qui les

engendrent, repose sur le fait que les évitements peuvent se reproduire dans des situations très différentes. Je refuse de devenir président de mon club de sport, mais également de faire un petit discours au cours d'un mariage. Le point commun de ces situations est la tentative de contrôler ce qui se passe en moi, ce que je ressens ou ce que je pense. Autre argument, issu de la méthode de choix pour faire diminuer les évitements, à savoir l'exposition. Une exposition correctement menée doit faire en sorte d'aider le patient à ne pas s'engager dans des « micro-évitements », c'est-à-dire des tentatives discrètes pour ne pas être pleinement en contact avec la situation (tenter de penser à quelque chose d'autre, de se changer les idées par exemple). Il est tout à fait possible pour certains patients d'être effectivement présents dans un lieu ou un contexte particulier, tout en développant une énergie importante pour ne pas être en contact avec leur expérience. Se trouver dans une situation sans être vraiment présent. Être là, mais tout faire pour éviter de ressentir.

Comme les évitements « concrets », les évitements expérientiels constituent des sortes de théories autovalidées. Faire un effort pour contrôler ses émotions et ses pensées et parvenir à s'en sortir tant bien que mal ne permet pas de savoir ce qui se serait passé si on ne s'était pas défendu contre ses événements psychologiques. La conclusion est toujours la même : le pire a été évité, ce qui prouve que le pire allait effectivement arriver. Quand il est question d'évitement expérientiel, le pire semble être de vivre complètement et sans défense des émotions et des pensées négatives. En les évitant, on parvient aisément à la conclusion que ces événements psychologiques auraient été dévastateurs, et cette théorie ne peut jamais être contredite. Une des affirmations de l'ACT est que toute émotion est bonne à vivre, même si elle est désagréable à ressentir.

Enfin, on observe parfois une généralisation des tentatives de contrôle des événements psychologiques, une contamination de toutes les émotions par l'évitement expérientiel. Ainsi, certains patients luttent initialement contre leur anxiété – par exemple au moyen de rituels ou de l'arrêt de certaines activités qu'ils considèrent « à risque », puis, progressivement, évitent les situations qui peuvent être à l'origine de toute émotion intense comme la colère, la tristesse, parfois même la joie. On assiste dans certains cas à une quasi-anesthésie émotionnelle, ou l'installation d'une alexithymie, qui peuvent résulter de cette généralisation de l'évitement expérientiel.

L'ACT considère donc que les troubles psychologiques trouvent leur origine dans les évitements expérientiels, et qu'ils les entretiennent (Boulanger et al., 2010). Les événements que nous vivons sont sources de frustration, de colère, de tristesse, de peur, de culpabilité, etc. Mais les troubles psychologiques apparaissent uniquement lorsque le plus

important devient de ne pas vivre ces émotions, au détriment d'actions qui pourraient enrichir l'existence. Une fois que quelqu'un parvient à perdre cette habitude de lutter contre les événements psychologiques qu'il ne souhaite pas vivre, le risque d'apparition de la souffrance décroît. Aussi, dans l'ACT, les évitements expérientiels constituent une cible privilégiée de l'intervention thérapeutique. Ils sont même mis en avant comme un des axes d'étude qui permettraient de progresser vers une approche dimensionnelle (voir encadré).

Évitement expérientiel et approche dimensionnelle

Pour l'ACT, la tendance à l'évitement expérientiel est à la base de tous les troubles psychologiques. Elle est aussi considérée comme un facteur de maintien important de ces troubles. Aussi, plusieurs auteurs (Hayes et al., 1996) suggèrent d'inclure l'évaluation de l'évitement expérientiel dans une approche dimensionnelle des troubles psychologiques. Par opposition à une approche syndromique de la pathologie telle que représentée par le DSM, l'idée est ici d'aborder les troubles psychologiques sous un angle fonctionnel. Il s'agit d'évaluer les différents processus psychologiques, dont l'évitement expérientiel, selon des continuums.

Éviter : une stratégie efficace

Il nous paraît important à ce stade de souligner que les évitements expérientiels ne sont pas en eux-mêmes délétères. L'approche fonctionnelle et contextuelle qui sous-tend la démarche de l'ACT ne définit pas *a priori* ce qui est bon et ce qui ne l'est pas. La seule chose importante est l'issue d'un comportement, c'est-à-dire les conséquences qu'il engendre. Ces conséquences peuvent être très différentes pour un même comportement d'un contexte à l'autre. Il serait en effet dommageable de conclure que tout évitement représente un risque de développement de troubles psychologiques, et que chacun se devrait de faire disparaître toute trace d'évitement expérientiel dans ses comportements. Dans de nombreuses situations, les évitements constituent même la réponse la plus adaptée et une bonne stratégie de régulation émotionnelle. C'est d'ailleurs probablement pour cette raison que la capacité d'éviter a été sélectionnée et qu'elle existe dans notre répertoire de comportements. Éviter, c'est pré-voir. Quelles raisons y aurait-il à s'interdire de prendre un antalgique lorsqu'on souffre d'un mal de tête ? De la même façon, il serait absurde de s'interdire de passer un coup de fil à un proche pour savoir s'il est bien rentré, au prétexte que cela rassure, que cela constitue un évitement expérientiel et qu'il ne faut chercher à éliminer aucune sensation ou émotion. Cet exemple correspond bel et bien à un évitement. Mais si ce dernier représente une solution efficace à court *et long terme* et

ne gêne pas la réalisation d'action importantes, alors, vive les évitements !

Sur ce point, il est intéressant de noter que, parfois, les thérapeutes qui s'initient à l'ACT s'inquiètent de toute apparition d'évitement expérientiel chez leurs patients. Nous verrons que repérer ces évitements est effectivement primordial pour définir les axes thérapeutiques et aider le patient à prendre conscience de ses difficultés. Mais il faut savoir rester souple face à ces évitements expérientiels. Comme souvent dans cet ouvrage, nous ramenons à la réflexion à propos de la fonction des comportements et de leur capacité à atteindre les objectifs choisis par le patient. Les seules questions à se poser portent sur l'efficacité de l'évitement pour s'éloigner durablement de la source de l'événement psychologique, et sur les pertes encourues de ce qui compte réellement pour celui qui s'engage dans l'évitement. C'est uniquement lorsque les évitements expérientiels interfèrent avec ce qui compte réellement pour le patient, quand ils n'apportent pas durablement les résultats escomptés et qu'ils doivent être perpétuellement renouvelés, qu'ils deviennent problématiques. Lorsque l'évitement passe du statut occasionnel à la seule modalité de réponse, qu'il ne fonctionne qu'à court terme et qu'il empêche de s'engager dans des actions importantes pour soi, on passe alors d'une relation saine aux émotions (même si celles-ci sont désagréables) à une relation délétère. On arrive également à une perte de flexibilité face aux événements psychologiques, avec la lutte comme seule réaction. Le passage d'une douleur à une souffrance repose alors sur un engagement rigide et répété dans des tentatives d'évitement et de contrôle, en dépit du fait que ces évitements ne sont efficaces qu'à court terme et doivent être accomplis au détriment de tout le reste. Mais l'évitement expérientiel ne comporte ontologiquement aucun aspect délétère. Il n'est pas nuisible en lui-même. Il est donc primordial que le thérapeute ne cherche pas à faire disparaître chaque occurrence d'évitement expérientiel, mais qu'il se concentre sur ceux qui sont manifestement inefficaces pour que le patient atteigne les buts qu'il s'est fixés dans le sens de ce qui compte pour lui.

Il est également très important que le thérapeute insiste sur ce point auprès du patient. Si on diabolise – à tort – les évitements, on prend le risque que le patient se culpabilise d'avoir évité, même lorsque cela est efficace. Par ailleurs, l'apprentissage de l'acceptation, démarche inverse de l'évitement expérientiel que nous aborderons plus loin, est long et nécessite une pratique régulière. Les premiers temps, ce changement représente une démarche complètement nouvelle pour les patients. Toute diminution d'évitement expérientiel constitue un gain qu'il faut encourager, et peu importe que certains évitements persistent.

De même pour les thérapeutes : rien ne nous oblige à être des champions de l'anti-évitement, à devoir en toutes circonstances accepter l'ensemble de nos émotions douloureuses. Dans certaines situations, s'il existe une solution efficace qui n'éloigne pas de ce qui est important pour nous, il est naturellement préférable d'éviter de vivre des expériences psychologiques douloureuses. C'est même parfois la volonté de faire disparaître un événement psychologique désagréable qui permet de s'engager dans l'action. Le remord en constitue un très bon exemple.

Un risque de perte de flexibilité

Les tentatives d'éviter toute expérience psychologique douloureuse conduisent à une diminution du répertoire comportemental, c'est-à-dire à une perte de la variété des comportements possibles dans une situation donnée. Lorsqu'on souhaite parvenir à un contrôle de ses émotions et de ses pensées – réactions automatiques et difficilement contrôlables –, il est nécessaire d'y consacrer une énergie importante, au détriment d'autres activités. Un peu comme lorsque vous entendez un bruit dans votre domicile durant la nuit. Tous vos sens sont en éveil pour tenter d'entendre ce qui se passe et pour vous préparer à une éventuelle riposte en cas de cambriolage ou d'agression. Vous êtes alors incapable de faire autre chose que de vous focaliser sur cette menace. Ce qui prédomine alors est une rigidité comportementale orientée vers la recherche d'une solution face à la menace perçue : vous mobilisez toutes vos capacités afin de résoudre au mieux un problème. Quand le problème est intérieur et que la seule solution envisagée est l'évitement expérientiel, la diversité des activités qu'il est possible d'entreprendre se restreint tant que le problème n'est pas résolu. La difficulté principale repose sur le fait qu'il s'agit d'un phénomène auto-entretenu : tenter de contrôler ses événements psychologiques crée les conditions pour qu'ils perdurent.

De nombreux travaux expérimentaux menés par l'équipe de Daniel Wegner étayent ce phénomène très paradoxal : plus on cherche à supprimer une pensée, plus on se concentre sur elle et, finalement, plus elle apparaît (Wegner, 1989 ; Wegner et Zanakos, 1994). Même chose pour un souvenir. Les différentes recherches menées ont permis de mettre en évidence ce mécanisme dans des domaines variés. Généralement, on demande aux participants de ces recherches de faire tout leur possible pour parvenir à un résultat qui est habituellement hors de contrôle. Il leur est par exemple demandé d'être de bonne humeur (Wegner et al., 1993), de se relaxer (Wegner et al., 1997) ou de s'endormir rapidement (Ansfield et al., 1996). Parallèlement, on leur demande de réaliser une tâche qui nécessite de l'attention, par exemple se souvenir d'un nombre

composé de neuf chiffres. À chaque fois, le résultat obtenu est exactement le contraire de celui recherché : l'endormissement apparaît plus tardivement, l'anxiété et la tristesse sont présentes dès qu'on cherche à les évacuer. Le point commun de toutes ces tentatives de contrôle de fonctions automatiques est qu'elles sont inefficaces et donnent même des effets inverses dès que la charge mentale est importante. En d'autres termes, il n'est possible de contrôler ses événements psychologiques qu'à condition de ne faire que cela. Et même dans ce cas, les tentatives de contrôle seront le carburant de leurs réapparitions futures. C'est pourtant la stratégie que les patients mettent le plus souvent en œuvre : se consacrer à temps plein à la lutte contre leurs événements psychologiques. Ainsi, la variété de leurs actions se restreint, au détriment de leur vie professionnelle, familiale, amicale, ou de toute activité qui pourrait être source de plaisir et de bien-être. Quand l'objectif fixé devient la disparition de certaines pensées et émotions, plus rien d'autre ne compte, alors même que les résultats obtenus sont souvent médiocres ou provisoires.

Les effets paradoxaux du contrôle des événements psychologiques permettent de comprendre pourquoi les patients rapportent fréquemment une installation progressive de leurs difficultés. Schématiquement, après avoir vécu un événement psychologique douloureux, les patients repèrent les conditions d'apparition de cette émotion ou de cette pensée. Ils mettent ensuite tout en œuvre pour ne pas se retrouver dans des conditions similaires (évitement), ou pour pouvoir les fuir au plus vite si jamais ils s'y trouvent confrontés tout de même (échappement). Ils surveillent alors toute nouvelle apparition d'éléments annonciateurs de cette émotion ou de cette pensée. Leur attention est tout entière tournée vers ce qu'ils ressentent ou ce qu'ils pensent, ce qui engendre immanquablement la détection des émotions et pensées évitées. La détection des prémisses de ces émotions suffit à accroître leur intensité et constitue autant de signaux prédictifs qu'il va maintenant falloir éviter. C'est ainsi qu'on observe, par exemple, une peur d'avoir peur. Les patients passent donc d'une émotion « simple » à l'émotion déclenchée par cette émotion. Une sorte de « double peine ». Les étapes successives correspondent à une organisation du rapport du patient avec ses événements psychologiques, organisation qui va toujours dans le sens d'un surcroît d'attention aux événements psychologiques, et d'une augmentation des efforts consacrés pour les supprimer.

Au cours de la thérapie, généralement très tôt, il est nécessaire de faire percevoir ces effets paradoxaux au patient. Cela peut être réalisé de façon didactique ou en proposant des exercices et des petites expériences au patient, ou encore en lui décrivant des situations fictives. L'un de ces exercices consiste par exemple à demander au patient de marcher

dans la pièce en se concentrant pour paraître le plus naturel possible. Généralement, le simple fait de faire des efforts pour être « naturel » conduit à l'impossibilité de marcher comme à l'habitude, lorsqu'on ne fait aucun effort pour cela. L'autre voie consiste à aider le patient à établir le bilan de toutes ses tentatives pour faire disparaître sa souffrance. C'est ce que nous allons voir dans le Chapitre 3.

Chapitre 3

Déclencher une prise de conscience de l'inutilité et des risques de la lutte

Dans le chapitre précédent, nous avons décrit les recherches mettant en évidence l'inefficacité des tentatives de contrôle des événements psychologiques et leurs conséquences paradoxales. Il n'en reste pas moins qu'une part importante des patients qui consultent pour des difficultés psychologiques est enferrée dans cette lutte, parfois depuis de nombreuses années. Les personnes souffrant d'obsessions idéatives consacrent beaucoup d'énergie à les repousser, le plus souvent au moyen de compulsions ; celles souffrant d'agoraphobie font tout ce qu'elles peuvent pour ne pas être victimes d'une attaque de panique ; les personnes présentant un état de stress post-traumatique organisent leur vie pour ne pas se retrouver dans des situations analogues à celles du traumatisme ou pour ne jamais repenser à ce qu'elles ont vécu ; les personnes déprimées essaient de toutes leurs forces de ne pas ruminer à propos de leur passé ou de leur culpabilité ; celles souffrant d'hallucinations mettent tout en œuvre pour ne pas les entendre ; etc. En d'autres termes, bien que les tentatives de contrôle des événements psychologiques soient vaines et même contre-productives, cela n'empêche pas que nous soyons nombreux à y recourir, ou à nous y faire piéger.

Dans ce chapitre, nous abordons les raisons qui poussent à persister dans l'évitement expérientiel en dépit de ses conséquences néfastes. Nous décrivons comment aider le patient à se remettre en contact avec les conséquences réelles de la stratégie de lutte. Nous détaillons également comment créer les conditions nécessaires à l'application par le patient d'une autre démarche face à ses événements psychologiques problématiques. C'est l'étape délicate du « désespoir créatif », que nous illustrons au moyen d'un exemple clinique, avant de passer à l'étape d'acceptation à laquelle est consacré le chapitre suivant.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Aider le patient à repérer ses évitements et leur éphémère efficacité

Au cours de la thérapie, il est d'abord primordial que le patient parvienne à repérer ses évitements expérientiels. En d'autres termes, il s'agit en premier lieu de lui apprendre à porter son attention sur la *fonction* de chacun de ses comportements. Ce que nous appelons la fonction correspond aux conséquences attendues de chacun de nos actes. Ces conséquences sont globalement prévisibles grâce à ce que nos actions ont produit par le passé (voir encadré). Les fonctions des évitements expérientiels sont parfois difficiles à repérer car elles sont noyées au milieu d'autres conséquences plus visibles. Lorsque quelqu'un prépare activement un compte rendu qu'il doit présenter au cours d'une réunion, la fonction de cette préparation est évidemment de fournir un travail de qualité. Plus cette personne prépare, plus elle maîtrisera son sujet, et mieux elle pourra le présenter à ses collègues. Mais en même temps, la fonction de cette préparation peut être de se rassurer, de contrôler les pensées qui l'assaillent avant la réunion (« *Est-ce que je vais être à la hauteur ?* », « *J'espère que je vais savoir répondre aux questions qu'on me posera* », « *Ils vont me juger négativement si je ne fais pas un compte rendu parfait* », etc.) et les émotions qui accompagnent ces pensées (inquiétude, honte, culpabilité). Aux conséquences premières (bien maîtriser son sujet) s'ajoutent des fonctions d'évitement expérientiel (diminuer son inquiétude, se rassurer). Ces conséquences ne sont pas faciles à repérer lorsqu'on n'en a pas l'habitude.

Le passé comme futur de notre présent

L'apparition d'un comportement repose sur un ensemble d'éléments du contexte qui peuvent le déclencher (le résultat d'un apprentissage pavlovien), et dépend aussi des conséquences précédentes de ces comportements (le résultat d'un apprentissage skinnerien). Deux grandes catégories de conséquences sont définies, selon qu'elles conduisent à une augmentation de la probabilité d'apparition d'un comportement – on parle alors de renforcement – ou à une diminution de la fréquence d'apparition d'un comportement – on parle alors de punissement. Dans le cas d'un évitement, et donc d'un évitement expérientiel, la conséquence du comportement est la disparition d'un stimulus aversif, conséquence qui conduit à la répétition de ce comportement. Un évitement expérientiel est donc le produit d'un renforcement par retrait d'un stimulus aversif. Ce sont les conséquences passées de nos actes, parce que nous nous attendons à ce qu'elles se reproduisent dans le futur, qui déterminent nos comportements présents.

Avant de pouvoir évaluer l'efficacité des évitements expérientiels sur le contrôle des événements psychologiques, il est donc important que le patient prenne connaissance de la fonction de ses comportements

en termes d'expériences vécues. Pour cela, le thérapeute l'interroge sur les raisons de ses actions les plus notables, en insistant sur les aspects expérientiels, c'est-à-dire sur ce qu'il a ressenti et pensé. Une des façons de procéder consiste à isoler un comportement en particulier, et à demander au patient de décrire précisément comment il se sentait, quelles étaient ses émotions, ses pensées et ses sensations *avant* d'agir, puis de comparer avec la description de ces mêmes ressentis *après* l'action. Pour chaque évitement que le patient réalise, le thérapeute se focalise sur l'expérience du patient et sur ce que cette action a modifié dans son expérience. De cette façon, patient et thérapeute mettent en évidence la fonction de chaque comportement.

Le tableau suivant peut être proposé au patient pour noter les différences en termes de pensées, d'émotions et de sensations que l'action a engendrées.

CE QUE J'AI FAIT :	
Avant l'action	**Après l'action**
Mes pensées :	Mes pensées :
Mes sensations :	Mes sensations :
Mes émotions :	Mes émotions :

Une autre façon consiste à se saisir des évitements expérientiels qui peuvent apparaître au cours de l'entretien. Si des émotions difficiles apparaissent au cours d'un échange avec un patient, et que ce dernier agit pour les faire disparaître (changement de sujet, demande de réassurance), proposer au patient de réfléchir sur la fonction du comportement qu'il vient juste de réaliser peut constituer un bon apprentissage du repérage des évitements expérientiels.

Cette étape permet généralement au patient de repérer qu'une part importante, voire la majeure partie de ce qu'il met en œuvre a pour but de le tenir à distance de ses émotions, de ses pensées et des sensations qu'il ne souhaite pas vivre. Elle sert également à ce que le patient acquiert une expertise quant à la fonction de ses comportements, afin qu'il puisse repérer si de nouveaux comportements fonctionnellement analogues apparaissent (voir encadré).

Plusieurs topographies pour une même fonction

Deux comportements topographiquement similaires peuvent avoir des fonctions différentes. Par exemple, consommer de l'alcool peut avoir comme conséquence d'apaiser la tristesse pour certains, et pour d'autres de lever une inhibition dans les relations interpersonnelles. À l'inverse, deux comportements totalement différents topographiquement peuvent avoir la même

fonction. Un patient peut, par exemple, se laver les mains en réponse à des obsessions idéatives de contamination, mais il peut aussi demander à son entourage si ses mains sont bien propres, ou encore les frotter sur son pantalon. Ces comportements auront la même fonction d'évitement expérientiel face à l'anxiété de contracter une maladie.

Enfin, en portant l'attention sur la fonction de ses comportements, ce sont les bases de l'observation dans le moment présent et de l'acceptation qui sont ainsi jetées : pour pouvoir repérer la fonction de ses comportements, il va falloir les laisser quelque peu évoluer en soi afin de pouvoir les observer, et donc ne pas chercher à les faire disparaître *dès* leur apparition. Les évitements expérientiels sont parfois subtils et automatisés (par exemple, se distraire en pensant à autre chose). Plus le patient les observe pour en repérer la fonction, plus il avance vers leur acceptation. Cette forme de distanciation était déjà présente dans le travail de restructuration proposé en thérapie cognitive (voir encadré).

La restructuration cognitive, précurseur du travail sur l'évitement expérientiel

La première étape de la restructuration cognitive telle qu'elle est utilisée en thérapie cognitive consiste à proposer aux patients de porter leur attention sur leurs pensées, de mieux connaître leurs automatismes psychologiques. Les patients prennent le temps de noter toutes les pensées qui viennent en eux. Pour cela, ils doivent approuver la présence de ces pensées et de ces émotions douloureuses pendant une durée plus longue que s'ils avaient immédiatement cherché à les faire disparaître. Ce faisant, la restructuration cognitive implique une exposition aux pensées et aux émotions douloureuses. D'une certaine façon, cette première étape de la restructuration cognitive aide le patient à cheminer vers une forme d'acceptation et de pleine conscience, le temps de prendre connaissance des pensées et des émotions qui se présentent[1].

[1] Pour la compréhension de l'évolution des démarches thérapeutiques en TCC, voir Dionne (2009).

La seconde étape consiste à aider le patient à faire le bilan de l'efficacité (ou de l'inefficacité) de ses comportements sur les événements psychologiques qu'il cherche à contrôler. Il s'agit d'abord de conduire le patient vers un inventaire de tout ce qu'il a pu mettre en œuvre pour contrôler les éléments de sa vie psychologique qui lui posent problème. Le thérapeute guide le patient en lui posant des questions sur la durée passée à chercher une solution à son « problème », sur les différentes voies et méthodes qu'il a explorées. Il s'agit également d'explorer les comportements mis en œuvre au quotidien pour éviter les situations à l'origine des événements psychologiques que le patient cherche à

contrôler. Dans la mise en évidence de ce qui est le plus souvent une longue succession d'évitements, le thérapeute insiste sur leur caractère expérientiel, en revenant le plus souvent possible sur la fonction ultime et psychologique de ces comportements.

Une fois cette liste établie, le thérapeute amène le patient à se centrer sur les conséquences de chacun des évitements en regard du but recherché. Dans quelle mesure chacune des tentatives de contrôle parvient réellement au contrôle des événements psychologiques ? Est-ce que chaque tentative de contrôle est efficace en toutes circonstances ? Le patient est-il parvenu à mettre son problème à distance de façon définitive ? Si oui, à quel prix ? À quoi doit-il renoncer, quels sont les sacrifices auxquels il a dû concéder pour parvenir au contrôle des événements psychologiques qu'il redoute ? Et malgré ces sacrifices, cette solution est-elle définitive ?

Nous avons précédemment vu que le langage filtre les expériences vécues et qu'il crée une insensibilité aux conséquences réelles de nos actions. Les troubles psychologiques s'accompagnent le plus souvent de nombreuses règles de fonctionnement à propos de soi, du monde et des autres. Parmi ces règles de fonctionnement, on retrouve souvent chez les patients la conviction que le meilleur moyen pour aller mieux consiste à lutter contre ses émotions et ses pensées douloureuses. Plusieurs raisons conduisent à ce que cette règle perdure. D'abord les propriétés mêmes du langage qui créent une sorte de « réalité parallèle » : lutter est ce que je dois faire puisque c'est ce qu'on m'a toujours appris. Ensuite, la sensibilité plus grande aux conséquences à court terme qu'aux conséquences à long terme de nos actes. On sait en effet que les comportements se modifient davantage en fonction des conséquences qui apparaissent rapidement. Le plus souvent, les patients rapportent que les tentatives de régulation émotionnelle ou de contrôle de leur pensée fonctionnent plutôt bien à court terme. Mais à long terme, soit les mêmes difficultés refont leur apparition, soit le contrôle et la régulation doivent être maintenus en permanence, au détriment de tout autre activité. Le suivi de la règle implicite « *le meilleur moyen pour que j'aille mieux consiste à me battre contre mes émotions et mes pensées douloureuses* » tient donc les patients à distance des conséquences réelles des tentatives de contrôle de leur vie psychologique. En échange, il leur semble qu'ils font ce qu'il faut puisqu'ils se conforment à la règle énoncée. En d'autres termes, ils persistent à essayer de contrôler leurs événements psychologiques sans réellement évaluer l'efficacité de cette stratégie. Puisque cette stratégie leur apporte des conséquences appréciables à court terme, elle est renforcée et perdure. Le « bilan comptable » que le thérapeute aide le patient à établir vise à le remettre le plus possible en contact avec les conséquences réelles, à court et à long termes, de ce qu'il a essayé comme « solutions ».

Le désespoir créatif : un tremplin pour le patient

Les patients qui viennent nous consulter ne le font généralement pas uniquement en raison des symptômes auxquels ils sont confrontés. Le plus souvent, la décision de consulter un professionnel apparaît lorsqu'ils ont le sentiment de ne plus parvenir à contrôler leurs symptômes, qu'ils se sentent dépassés ou qu'ils ont dû sacrifier une part importante de leur autonomie et de leur liberté d'action à cette tâche. Ce ne sont pas les obsessions idéatives qui conduisent un patient souffrant de trouble obsessionnel-compulsif à consulter, ni même les rituels qu'il est contraint de réaliser pour apaiser l'anxiété que déclenchent ces obsessions, mais bien le fait qu'il ne parvient pas à les faire disparaître et que cela l'oblige à sacrifier sa vie amicale, professionnelle ou familiale. En d'autres termes, les patients consultent un professionnel lorsque les stratégies de contrôle ont clairement aggravé le problème. Pour autant, la demande est généralement celle d'une aide pour parvenir à mieux lutter, ou à lutter davantage pour faire disparaître les événements psychologiques qui les assaillent. La stratégie de lutte elle-même n'est pas remise en question, c'est l'ampleur ou la façon même de lutter qui constituent la demande d'aide. Plutôt que de renoncer à essayer de supprimer des événements psychologiques pénibles, les patients s'adressent à nous pour lutter encore davantage.

La phase de « désespoir créatif » vise à faire abandonner la stratégie de lutte lorsqu'elle se révèle inefficace. Bien qu'il n'existe pas d'ordre particulier à suivre dans l'abord des différents axes thérapeutiques au cours d'une thérapie ACT, cette phase est généralement la première car elle constitue un prérequis aux changements ultérieurs. Elle ne peut en revanche être réalisée qu'à condition qu'une alliance thérapeutique de qualité ait été construite, et ne doit pas être utilisée indépendamment des autres axes thérapeutiques présentés dans cet ouvrage.

Le terme de « désespoir » est en lui-même très évocateur : il est difficile d'arriver au constat que tous les efforts menés jusqu'alors se sont révélés vains, et plus encore, de cheminer vers la conclusion qu'il serait préférable de ne plus lutter du tout contre ce qui semble poser problème. Il s'agit d'une démarche particulièrement contre-intuitive : généralement, lorsque nous sommes confrontés à une difficulté, nous agissons, et le problème disparaît. Mais dans le cas de difficultés psychologiques, le problème est différent. Il va donc falloir passer par une phase de remise en question drastique de ses convictions afin de pouvoir aller de l'avant. D'où l'apparition d'un sentiment de désespoir. C'est dans le désespoir créé par le constat que rien ne parvient à faire céder les événements psychologiques douloureux que se trouve l'énergie d'une créativité permettant de faire autre chose que de lutter. Cette « autre chose », c'est une action vers ce qui compte réellement pour soi, vers

ce qui donne du sens à l'existence (ce que nous appelons les valeurs), quelle que soit l'évolution des émotions et des pensées douloureuses. Car ce n'est pas la vie du patient qui est désespérée, c'est l'objectif même de parvenir à contrôler sa vie psychologique.

En quelque sorte, la phase de désespoir créatif consiste à présenter au patient un autre problème que celui qu'il s'est essayé à résoudre. Le problème n'est plus de découvrir une méthode pour contrôler ses événements psychologiques, mais de choisir quoi faire d'autre pour enrichir sa vie. Au cours du désespoir créatif, le travail du thérapeute consiste donc à mettre en évidence l'ampleur des tentatives que le patient a menées jusqu'alors pour se débarrasser de ce qui le fait souffrir, et le peu de résultats obtenus. Le thérapeute peut poser des questions comme : *« Considérez le temps et l'énergie que vous avez consacrés à essayer de contrôler vos symptômes. Si vous aviez réalisé les mêmes efforts et les mêmes sacrifices pour apprendre le piano, ou le russe, où en seriez-vous aujourd'hui ? »*. Généralement, la réponse des patients est qu'ils seraient aujourd'hui experts dans ces domaines et seraient parvenus à de grands accomplissements. La question que le thérapeute adresse au patient est alors de savoir pourquoi les résultats obtenus quant au contrôle de ses symptômes sont si minces. De prime abord, la plupart des patients imaginent que c'est parce qu'ils ne sont pas à la hauteur de la tâche. Le thérapeute insiste alors sur la mise en évidence des qualités du patient : ce n'est pas parce que le patient ne dispose pas des compétences nécessaires qu'il n'est pas parvenu au résultat escompté, mais parce que nous sommes soumis à des processus langagiers qui rendent la tâche impossible. Le thérapeute souligne également le fait qu'il s'est lui-même déjà fait piéger de cette façon, qu'il lui arrive encore de se faire piéger et, au-delà, qu'il lui est tout aussi impossible, à lui « spécialiste », de contrôler ses pensées, ses émotions et ses perceptions.

Le désespoir créatif constitue un moment particulier de la thérapie au cours duquel le patient se rend compte de l'absence d'une méthode miracle pour lutter contre ce qu'il vit. C'est aussi un moment au cours duquel le patient peut ressentir tristesse et culpabilité en constatant le temps et l'énergie qu'il a consacrés à ses symptômes. Le thérapeute s'appuie sur une expression importante de l'empathie : l'empathie et le partage émotionnel empêchent le passage du désespoir à la dépression. Le but final est d'aider le patient à constater que c'est l'objectif de contrôle des événements psychologiques lui-même qui est problématique. Un des leitmotivs ici est que si le patient n'a pas trouvé de solution, c'est peut-être parce qu'il ne s'attaque pas au bon problème. Le problème dans l'ACT n'est pas constitué des événements psychologiques difficiles mais du manque d'actions vers ce qui compte vraiment pour le patient. Sa cause est la perte de flexibilité psychologique face aux pensées et aux émotions douloureuses, qui conduit uniquement à la lutte. Aussi, ce que

le thérapeute explique au patient n'est pas qu'il ne lui est pas possible de l'aider, mais que l'aide qu'il peut lui proposer ne porte pas sur le contrôle de ses événements psychologiques, puisque l'expérience même du patient suggère que cette lutte est inefficace. L'aide que le thérapeute offre au patient porte sur la façon dont celui-ci peut enrichir sa vie en agissant en direction de ce qui est important pour lui.

Enfin, une part importante du travail de désespoir créatif consiste à mettre en évidence l'éloignement de ce qui compte réellement pour le patient en raison des efforts consacrés à la lutte contre les événements psychologiques. Nous abordons plus loin la question des valeurs pour des raisons de structuration de cet ouvrage, mais elle fait intégralement partie du travail de désespoir créatif. Si une énergie est mobilisée par le constat du peu d'efficacité des stratégies de contrôle des événements psychologiques, elle doit être allouée à d'autres buts, plus importants et plus accessibles.

Exemple clinique

Les séquences d'entretien qui suivent sont extraites d'une séance complète au cours de laquelle était ciblé le désespoir créatif. Elles portent sur les difficultés de Christelle, une femme de 35 ans préoccupée par son apparence physique. Christelle se trouve trop grosse, laide, et fixe particulièrement son attention sur ses seins qu'elle juge « horribles ». Elle fait tout ce qu'elle peut pour ne pas voir son image dans un miroir, s'habille toujours avec des vêtements amples de façon à dissimuler le plus possible sa poitrine, et évite tout contact avec les autres, particulièrement les hommes. Elle est confrontée à des sentiments de honte et de dévalorisation.

Le thérapeute commence par rechercher les évitements et les mettre en évidence.

Thérapeute : « Pouvez-vous me décrire ce que vous faites pour lutter contre ce problème ? »

Patiente : « Il n'y a pas grand-chose à faire malheureusement ! J'ai essayé des soutien-gorge qui remontent les seins, mais c'est pire, on voit encore plus qu'ils sont difformes, surtout le gauche. »

Thérapeute : « Il y a d'autres choses que vous avez essayées ? »

Patiente : « Je m'étais renseignée pour la chirurgie, mais le résultat n'est pas garanti, et j'ai vu ce que ça donne. Ca donne quelque chose de joli pour les filles qui avaient déjà des seins pas trop moches au départ. Pour moi c'est foutu. Et puis je suis trop vieille. Après 30 ans, on voit tout de suite que c'est du plastique. »

Thérapeute : « Alors, comment faites-vous au quotidien ? »

Patiente : « Ben, je fais comme je peux, je porte toujours des vêtements amples qui les cachent, jamais de décolleté, même en été. »

Thérapeute : « Dans quel but exactement ? »
Patiente : « Pour que personne ne puisse voir que mes seins sont horribles. »
Thérapeute : « Il y a d'autres choses que vous faites pour ne pas qu'on puisse voir vos seins ? »
Patiente : « Non. En fait, je ne rencontre plus personne. Quand mes amies me proposent de sortir en boîte de nuit ou d'aller boire un verre, je refuse systématiquement. »
Thérapeute : « Quand vous refusez les sorties que vos amies vous proposent, c'est aussi pour ne pas qu'on vous regarde ? »
Patiente : « Oui. Les rares fois où j'y suis allée, je me suis mise dans un coin pour qu'on ne me voie pas de profil. »

L'accent est mis sur le caractère expérientiel des évitements, c'est-à-dire leur fonction en termes de suppression des émotions ressenties.

Thérapeute : « Et quand il arrive malgré tout que quelqu'un vous regarde, que se passe-t-il à ce moment-là ? »
Patiente : « C'est horrible. Je vois dans leur regard que je les dégoûte. Je me sens mal. J'ai honte de ce que je suis. Dans ces moments-là, j'ai envie de m'enfuir. Je vois mon avenir défiler, je sais que je vais finir toute seule comme une conne. »
Thérapeute : « Vous me dites que vous refusez de sortir avec vos amies, vous vous habillez de vêtements amples, quand vous sortez vous vous cachez dans un coin. Et vous me dites que tout cela sert à ce qu'on ne vous voit pas et qu'on ne vous regarde pas. Est-ce que vous diriez aussi que le but de tout cela est de ne pas ressentir de honte, de ne pas avoir toutes ces pensées qui vous disent que vous allez finir votre vie seule ? »
Patiente : « Oui. C'est horrible quand je pense à ça. Parfois, j'ai envie de me foutre en l'air. Je ne le ferai pas parce qu'il y a ma mère, mais j'en ai marre de tout ça. »
Thérapeute : « Je comprends que si vous vous voyez seule dans vingt ans à chaque fois que quelqu'un vous regarde, cela ne peut être que difficile à vivre. Et c'est bien logique que vous fassiez tout ce que vous pouvez pour ne pas avoir cette pensée. Est-ce que vous pourriez me décrire plus en détail ce que vous ressentez quand la pensée que vous allez finir votre vie seule surgit en vous ? »
Patiente : « Ce que je ressens ? C'est surtout de l'angoisse. Je suis comprimée dans la poitrine et j'ai envie de pleurer. »
Thérapeute : « Et c'est cela que vous essayez de ne pas ressentir quand vous refusez de sortir avec vos amies ou que vous vous cachez pour ne pas qu'on vous voit ? »

Le thérapeute aide la patiente à porter son attention sur son expérience quant à la réussite des stratégies de contrôle de ses pensées et de ses émotions.

Thérapeute : « J'aimerais qu'on prenne un moment pour que vous fassiez le point sur tout ce que vous faites pour ne pas ressentir de honte et d'angoisse, pour ne pas avoir cette pensée que vous allez finir votre vie seule. D'après ce que vous m'avez raconté, vous y consacrez beaucoup d'efforts. Et vous faites même beaucoup de sacrifices pour cela, n'est-ce pas ? Cela semble vous rendre très triste de ne pas pouvoir sortir avec vos amies. »
Patiente : « C'est vraiment déprimant, oui. »
Thérapeute : « Souvent, lorsque l'on fait des sacrifices, c'est parce qu'on espère que cela va servir à quelque chose, même si c'est très douloureux. Pour vous, ce qui est très douloureux, c'est que vous ne pouvez pas sortir avec vos amies, c'est bien cela ? »
Patiente : « Je ne peux pas faire comme elles, sortir, danser comme tout le monde. J'ai trop honte. »
Thérapeute : « Et ce sacrifice que vous faites, est-ce qu'il a une contrepartie positive, pour vous ? »
Patiente : « Qu'est-ce que vous voulez dire ? »
Thérapeute : « Eh bien, je vois que vous êtes obligée de sacrifier votre envie de sortir avec vos amies. Mais je me demandais si cela vous permettait de vous sentir mieux. Si cela vous permettait, comme dans la plupart des sacrifices que l'on est parfois obligé de faire, d'avoir au moins quelque chose de positif en retour. »
Patiente : « Je ne sais pas trop… ce qui est sûr, c'est que je suis mieux toute seule chez moi. »
Thérapeute : « Prenons cet exemple. Quand vos amies vous proposent d'aller en boîte de nuit et que vous refusez. Le soir, chez vous, il vous arrive de penser à elles en train de danser ? »
Patiente : « Bien sûr, j'y pense. Je me dis que si je n'étais pas aussi moche, moi aussi je pourrais m'amuser. »
Thérapeute : « Il y a d'autres pensées qui vous viennent dans ces moments-là ? »
Patiente : « Quand je n'arrive pas à me changer les idées, je me vois toujours à 60 ans finir ma vie toute seule comme une conne, sans mari, sans enfants. »
Thérapeute : « Est-ce que ça veut dire que lorsque vous refusez de sortir avec vos amies pour ne pas ressentir de honte et pour ne pas penser au fait que vous pourriez finir votre vie seule, finalement, cette pensée apparaît quand même ? »
Patiente : « En fait, oui. Mais c'est quand même plus facile de rester à la maison. »
Thérapeute : « Bien sûr. Cela vous aide tout de même un peu. Et le lendemain, comment vous sentez-vous ? »
Patiente : « Quand je revois mes amies et qu'elles me racontent leur soirée, je me sens encore plus mal. »

Le thérapeute amène progressivement l'idée que les stratégies de contrôle des événements psychologiques sont vaines ; il crée le désespoir.
Thérapeute : « On a l'impression que quoi que vous fassiez, la pensée que vous allez finir votre vie toute seule réapparaît toujours, ainsi que la honte et la tristesse que cela entraîne. Cela doit être vraiment difficile à vivre, pour vous. »
Patiente : « Je n'arrive pas à me débarrasser de cette idée, je me sens toujours mal. Je suis certaine que même si quelqu'un s'intéressait à moi, je me dirais que ça ne durerait pas. »
Thérapeute : « Finalement, est-ce que cela vous rend plus heureuse ou moins heureuse de ne pas sortir avec vos amies pour ne pas avoir honte ? »
Patiente : « Je ne sais pas… ça ne change pas grand-chose au bout du compte, je crois. Je suis malheureuse quand je sors et je suis malheureuse quand je reste chez moi. C'est ce qui est déprimant. J'ai l'impression d'être dans une impasse. »
Thérapeute : « Dépenser beaucoup de temps et d'énergie, et faire beaucoup de sacrifices pour ne rien avoir en retour, cela doit être vraiment épuisant et déprimant pour vous. Est-ce que vous avez déjà imaginé ce qui se passerait si cette pensée et ce sentiment de honte ne disparaissaient jamais ? »
Patiente : « Ça serait horrible ! Ce serait insupportable… ça me fait tellement souffrir que c'est dur d'imaginer que ça puisse toujours être comme ça… »
Thérapeute : « C'est dur d'imaginer que quelque chose d'aussi douloureux puisse ne jamais disparaître, c'est vrai. Mais est-ce que vous imagineriez continuer à vous battre contre cette honte, à tout faire pour vous en débarrasser, si elle ne disparaissait jamais ? »
Patiente : « ... »
Thérapeute : « Ce que vous m'avez expliqué, c'est que rien ne marche pour faire disparaître ce sentiment. Il est toujours là malgré vos efforts. En retour de tout ce que vous avez essayé, vous avez toujours la douleur d'avoir honte et, ajouté à cela, la douleur de ne pas parvenir à vous en débarrasser. Cette une situation qui me fait beaucoup de peine, vraiment, car j'ai la sensation que vous ne recevez que du négatif et rien de positif, alors que vous avez dépensé beaucoup d'énergie et fait de nombreux sacrifices. J'imagine que vous devez trouver cela injuste. »
Patiente : « Je suis épuisée par tout ça… »

Le thérapeute propose à la patiente de changer le problème auquel s'atteler.
Thérapeute : « Ce qui est vraiment difficile, épuisant, c'est de sacrifier ce qui compte pour vous, être avec vos amies, sortir, pour ne pas ressentir cette honte et cette tristesse, et qu'au bout du compte, comme vous

me l'avez dit, cela ne change rien. Et le problème, malheureusement, est que je ne pense pas pouvoir vous aider à faire disparaître votre honte et cette pensée que vous allez finir votre vie toute seule. Vous avez tellement consacré de temps et d'efforts dans cette lutte, fait tellement de sacrifices, que s'il y avait un moyen de faire disparaître tout cela, je crois que vous l'auriez déjà trouvé. Que pensez-vous que l'on pourrait faire, pour que vous puissiez sortir avec vos amies, si la honte d'être vue par les autres est présente malgré tout ? »
Patiente : « Si vous ne pouvez pas m'aider, je ne vois pas ce que je peux faire. C'est une situation désespérée. »
Thérapeute : « J'ai aussi cette sensation, que ne plus ressentir de honte lorsque vous sortez avec vos amies est peut-être un but impossible à atteindre, malheureusement. En revanche, je me demande si, sachant cela, sortir avec vos amies malgré tout ne vous rapprocherait pas davantage de ce qui compte pour vous. Et cela, c'est une chose que je pourrais vous aider à faire. »

Admettre que l'on ne peut pas aider le patient à se débarrasser de ses émotions est un moment souvent difficile pour le thérapeute, car cela procure le sentiment d'être inutile et d'accroître la souffrance du patient. Mais cela peut cependant être contrebalancé en lui offrant une aide pour avancer vers ses valeurs. Au cours d'un échange fondé sur le désespoir créatif, en proposant toujours cette alternative, le thérapeute prend donc soin de ne pas abandonner son patient.
Patiente : « Ce ne serait pas comme je voudrais que ce soit. Je sortirais avec elles mais je ne profiterais pas, parce que j'aurais honte tout le temps. »
Thérapeute : « Jusqu'à présent, vous avez eu du mal à profiter de ces moments parce que vous étiez obligée de consacrer tout votre temps à vous cacher, précisément pour ne pas ressentir de honte, n'est-ce pas ? »
Patiente : « Oui, c'est impossible d'être heureuse, d'être bien avec mes amies alors que je pense que je suis moche et que je dégoûte tout le monde. »
Thérapeute : « J'ai la sensation que vous êtes face à une alternative, difficile, mais qui vous offre la possibilité de choisir de faire ce qui compte réellement pour vous. D'un côté, vous pouvez choisir de sortir avec vos amies car c'est quelque chose qui compte pour vous, ce qui implique aussi que vous ressentirez peut-être de la honte. Ou vous pouvez choisir de rester chez vous, et donc de ne pas être avec vos amies, mais dans ce cas, vous ressentirez beaucoup de tristesse, et finalement, la honte ne disparaîtra pas vraiment. Est-ce que cela ressemble à ce que vous vivez ? »
Patiente : « Ce n'est pas la manière dont je pense à cette situation, en général. Je crois que c'est ce que je vis, mais je n'avais jamais vraiment

vu ça sous cet angle. Pour moi, ce qui se passe, c'est que quoi que je fasse, je me sens mal. »
Thérapeute : « Oui, quoi que vous fassiez, vous ressentez des émotions très difficiles. En revanche, il y a une option dans laquelle vous sortez avec vos amies, et je sais que c'est important pour vous, et une autre dans laquelle vous restez seule chez vous. Quel choix pouvez-vous faire, dans ce cas ? »

À ce stade de l'échange, il n'est pas absolument nécessaire d'obtenir une réponse de la part du patient. Considérer le problème sous un angle nouveau requiert du temps et il n'est pas souhaitable d'arracher une réponse qui satisferait le thérapeute mais ne serait pas le fruit d'une véritable avancée pour le patient. Il peut donc être utile de proposer au patient de réfléchir à ce qui a été discuté jusqu'à la séance suivante, et d'essayer de s'ouvrir à la possibilité qu'une autre approche de ses problèmes est envisageable.

Chapitre 4

Abandonner la lutte : l'acceptation

Une fois l'inutilité et les risques de la lutte mis en évidence avec le patient, il s'agit de l'aider à s'en détacher, à créer un nouveau contexte d'apparition de ses pensées, de ses émotions, de ses souvenirs et de ses sensations. L'axe majeur de ce travail repose sur l'**acceptation**. Il est important que le patient en perçoive l'intérêt et soit progressivement capable de la mettre davantage en actes. Comment travailler l'acceptation en situation thérapeutique ? Quels sont les exercices et les métaphores qui peuvent être utilisés afin de la rendre plus disponible ? En premier lieu, sur quels résultats expérimentaux et cliniques s'appuie la démarche d'acceptation ?

Acceptare

L'acceptation, le « lâcher prise », est en passe de devenir une nouvelle « tarte à la crème » de la psychothérapie et de la presse grand public. À la faveur d'une mode pour tout ce qui vient des traditions orientales, l'acceptation peut sembler être mise à toutes les sauces. Il reste pourtant qu'il s'agit d'un outil thérapeutique très puissant, à la condition qu'il soit réellement mis en œuvre et ne soit pas confondu avec la résignation.

L'acceptation n'est pas une démarche passive

Le terme anglais « *acceptance* » a été traduit par « acceptation ». L'étymologie du terme (« *acceptare* ») ne laisse entrevoir aucune équivoque sur sa signification : recevoir. C'est-à-dire accueillir tout ce qui se présente. Mais sa compréhension courante s'éloigne de son étymologie. L'acceptation est souvent comprise, à tort, comme une résignation, une passivité face à l'adversité. Il s'agit en fait d'une démarche très active. Accepter, c'est aller au contact, rechercher activement à percevoir ce qui inquiète, ce qui effraie. Cela ne signifie pas renoncer à essayer de changer ce qui pose problème. Rappelons que l'ACT est une thérapie de l'action. Accepter ne signifie pas ne rien faire. Au contraire, avancer vers l'acceptation constitue un changement drastique pour

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

la plupart des patients (voir encadré). L'acceptation implique en revanche de recevoir toutes les émotions, les pensées et les sensations que les événements nous apportent. Il s'agit d'une « *curiosité détachée, comme celle que peut avoir un enfant pour un insecte enfermé dans un bocal* » (Hayes, 2007). Elle implique le repérage, la curiosité et la distanciation des événements psychologiques. Une fois ces événements psychologiques accueillis sans réserve, il est alors plus facile de passer à l'action.

L'acceptation est un changement

Bien que l'acceptation puisse sembler une démarche moins active que la lutte contre les événements psychologiques difficiles, elle constitue un changement à part entière pour la plupart des patients. L'acceptation repose sur une modification de la relation avec les émotions, les pensées et les sensations difficiles. C'est un changement du contexte d'apparition des événements psychologiques, depuis une appréhension de leur contenu et de leur éventuelle signification, vers un simple repérage de leur existence (*j'ai des émotions, des pensées, des sensations*). En comparaison de la lutte que mènent les patients, l'acceptation constitue même le changement le plus radical qui soit : ne plus chercher à modifier ses expériences psychologiques.

L'acceptation est plus efficace que la distraction

Mais pourquoi diable faudrait-il recevoir toutes nos émotions, pensées et sensations, et les accueillir sans réserve ? Après tout, certaines de ces perceptions sont très désagréables. Pourquoi vouloir accueillir sa peur, son anxiété, sa tristesse ou sa douleur ? Pour une raison très pragmatique : cela est plus efficace à moyen ou long terme, bien que nous soyons davantage sensibles aux conséquences qui apparaissent à court terme (voir encadré). De nombreuses recherches ont mis en évidence que chercher à supprimer définitivement une pensée ou une émotion est d'une part impossible, et conduit d'autre part à une augmentation de la fréquence d'apparition de l'événement psychologique qu'on cherche à supprimer (pour une revue, voir Abramowitz et al., 2001). D'autres travaux ont mis en évidence que tenter de détourner son attention d'une émotion ou d'une pensée désagréable, ou encore d'une douleur, est moins efficace à long terme que parvenir à leur acceptation. Citons par exemple la recherche de Koster et al. (2003) qui demandaient aux participants de supprimer les pensées anxieuses qu'ils pouvaient avoir quand on leur annonçait qu'une douleur allait leur être infligée. Pour ces participants, la fréquence d'apparition des pensées anxieuses, ainsi que l'intensité de l'anxiété ressentie, étaient bien plus importantes à la fin de la recherche que pour ceux à qui une démarche d'acceptation était proposée.

Nous sommes plus sensibles aux conséquences à court terme

Les recherches en laboratoire ont montré une plus grande sensibilité aux renforçateurs qui apparaissent juste après un comportement qu'à ceux apparaissant plus tardivement. Il n'est donc pas surprenant que la lutte soit si souvent privilégiée : elle amène des conséquences positives à court terme, mais ne révèle sa toxicité qu'à long terme. À l'inverse, l'acceptation peut être à l'origine de conséquences désagréables à court terme, mais se révèle bénéfique à long terme. Promouvoir l'acceptation consiste donc à rendre tangibles des conséquences profitables qui n'apparaîtront qu'ultérieurement. Ces conséquences sont celles d'une économie d'énergie psychique perdue à lutter contre des événements impossibles à contrôler.

L'acceptation est efficace car elle constitue une prédiction fiable des événements

Le sentiment de cohérence et la capacité à prédire les événements constituent des renforçateurs puissants. De plus, la recherche expérimentale a montré que la mise en contact avec des stimuli désagréables est moins difficile lorsqu'elle a été choisie. Si l'objectif d'une thérapie est de faire disparaître les événements psychologiques douloureux, le patient s'engage dans des situations jusqu'alors évitées en espérant que ces événements n'apparaîtront plus. S'ils apparaissent, la déstabilisation est encore plus grande (« *Je pensais que tous mes problèmes allaient disparaître, mais ils me poursuivent* »). À l'inverse, l'acceptation permet de prédire avec justesse l'apparition des événements psychologiques. Il en découle un sentiment général de contrôle et de cohérence qui est en lui-même renforçant (« *Je savais que j'allais peut-être ressentir de la tristesse face à cette situation. Et bien la voilà, comme prévu* »).

Travail sur l'acceptation

L'abandon de la lutte précédemment décrit ne constitue pas un positionnement facile à atteindre, pour le thérapeute comme pour le patient. Car nous sommes habitués à ce que la lutte, la recherche de solutions à nos problèmes, fonctionne plutôt bien : chercher de la nourriture quand nous avons faim, un abri lorsqu'il pleut ou qu'il fait froid, un moyen de transport alternatif pendant une grève des transports en commun. Autant de mises en action, de recherches actives de solutions, qui génèrent des conséquences appréciables. En d'autres termes, nous sommes habitués à rechercher des solutions face aux problèmes que nous rencontrons, à être renforcés en retour, et il n'y a *a priori* aucune raison que cette quête s'interrompe face à nos difficultés psychologiques. Il est particulièrement contre-intuitif de ne pas chercher une

solution à un problème. Lorsque nous avons une poussière dans l'œil, la première chose que nous faisons est de nous frotter ! Nous savons pourtant que nous risquons d'aggraver le problème plutôt que de le solutionner…

En thérapie, le travail sur l'acceptation consiste en quatre phases : aider le patient à percevoir que les tentatives de contrôle de ses événements psychologiques n'ont pas abouti (c'est la phase de désespoir créatif décrite au chapitre précédent), mettre en évidence qu'il a agi de la façon la plus logique qui soit, l'aider à développer son acceptation et, enfin, l'aider à repérer toute réapparition de la lutte.

Dédramatiser la lutte : « Vous n'êtes pas stupide »

Les patients qui viennent nous consulter le font souvent par résignation. Généralement, ils mettent en œuvre des efforts importants afin de se débarrasser de leurs difficultés psychologiques. Ils décident alors de demander de l'aide car ils ne parviennent pas à s'en sortir seuls. En mettant en lumière le piège de la lutte, le risque est de transmettre un message d'incompétence aux patients. Finalement, tous les évitements qu'ils ont mis en œuvre constituent une part importante de leur problème. Il faut donc être prudent à ne pas enclencher de culpabilisation chez les patients. Car ils ne sont pas plus stupides que d'autres, et en aucun cas plus stupides que nous. Leurs réactions ont été les plus logiques qui soient. Pour preuve : nous aurions réagi initialement de la même façon et nous tombons (et retomberons) sans doute parfois dans le même piège. Car nous sommes soumis aux mêmes difficultés intrinsèques au langage, et nous évoluons dans le même bain culturel qui valorise le contrôle et l'efficience, particulièrement dans le domaine émotionnel. Tout nous pousse à croire que nous pouvons – et, de fait, que nous *devons* – rester maîtres de notre vie psychique. Mais il s'agit d'un leurre, car ce contrôle est impossible.

Il est très important d'insister sur ce point avec les patients : lorsque nous sommes face à une difficulté, il est naturel de chercher à la résoudre. Dans la plupart des situations, considérer ses difficultés comme un problème à résoudre permet effectivement de trouver une solution. Vos factures d'électricité flambent : vous achetez des ampoules basse consommation pour économiser l'énergie. Vous arrivez toujours en retard au travail : vous décidez de partir quinze minutes plus tôt. Mais certaines difficultés – nos événements psychologiques douloureux – sont particulièrement sournoises : elles se présentent comme des problèmes appelant une recherche de solution, et nous essayons donc de leur appliquer la méthode qui fonctionne habituellement. Il n'est pas surprenant que nous soyons facilement piégés à nous battre contre les moulins.

Développer l'acceptation : métaphores et exercices[1]

Métaphores

Les métaphores suivantes mettent en évidence, aux yeux du patient, l'intérêt d'adopter une démarche acceptante face aux événements psychologiques douloureux.

« Tatie Danielle »

« Vous avez certainement dans votre famille une vieille tante ou un cousin éloigné dont vous ne supportez pas les manières. Disons par exemple qu'il ou elle ne peut s'empêcher de faire des blagues ou des remarques désobligeantes, se croit tout permis chez les autres, et gâche un peu toutes les réunions de famille auxquelles il ou elle est invité(e). Nous connaissons tous quelqu'un qui correspond plus ou moins à cette description. Appelons cette personne "Tatie Danielle".

Imaginez que vous organisiez un repas, à l'occasion de votre anniversaire par exemple. Vous pouvez décider de ne pas inviter Tatie Danielle, avec l'idée de vous assurer de passer un bon moment. Tous les invités sont là et quelqu'un sonne à la porte : c'est Tatie Danielle !

Deux choix se présentent à vous. Vous pouvez décider d'entrebâiller la porte de façon à ce que Tatie ne découvre pas cette fête dont elle a été évincée. Vous parvenez même à vous en débarrasser. Vous retournez voir les autres invités, mais la pensée que Tatie pourrait revenir ou regarder par la fenêtre vous taraude et va même jusqu'à vous empêcher d'être totalement dans la fête. Et voila qu'effectivement elle sonne de nouveau à la porte et insiste cette fois pour entrer car elle a compris que vous organisiez une réception. Si vous faites le choix de la maintenir à l'écart, vous allez devoir passer toute la fête devant la porte pour l'empêcher d'entrer. Vous allez vous priver de vous amuser avec les autres, en monopolisant toute votre énergie et votre temps à maintenir la porte close.

L'autre solution consiste, dès que Tatie arrive, à lui ouvrir votre porte. Très probablement, ses manières désobligeantes seront au rendez-vous et feront que la fête ne se passera pas exactement comme vous

1. Il est souvent difficile de retracer l'origine exacte des exercices et des métaphores. La plupart de ceux présentés dans cet ouvrage ont été créés par des praticiens et des chercheurs se référant à l'ACT (on les retrouve dans les ouvrages référencés en bibliographie). Nous en avons également créé certains, mais le mode de fonctionnement « *open source* » de l'ACT fait que ces exercices peuvent être modifiés et n'appartiennent à proprement parler à personne.

   Par ailleurs, pour des raisons de volume de cet ouvrage, nous présentons ici les métaphores de façon parfois raccourcie, mais nous recommandons une présentation plus expérientielle et détaillée (voir Chapitre 13, « La flexibilité du thérapeute »).

l'auriez voulu. Mais, après l'avoir laissée entrer, vous pourrez être tout entier à votre fête. Elle se déroulera moins bien que vous ne l'auriez souhaité, mais vous serez cette fois vraiment présent avec vos proches. Et n'est-ce pas le véritable objectif de cette réunion de famille ? »

Cette métaphore souligne l'intérêt de l'acceptation en comparaison de la lutte. Elle présente l'avantage de correspondre à une situation proche du quotidien de nous tous, et chacun a pu expérimenter qu'accueillir le trouble-fête s'avère en fin de compte plus profitable dans cette situation.

En pratique, lorsqu'on présente cette métaphore, il arrive que certains patients nous expliquent que, même s'ils acceptent la présence des événements psychologiques qu'ils voudraient voir disparaître, ils ne vont certainement pas profiter de ce qu'ils vivent. En effet, ils vont rester uniquement attentifs à surveiller ce qui les fait souffrir. Pour revenir à notre métaphore, il est important alors de leur mettre en lumière que passer tout son temps à surveiller Tatie une fois qu'elle est entrée, c'est exactement la même chose que de rester à la porte pour l'empêcher d'entrer.

Les sables mouvants

« Imaginez que vous tombiez dans des sables mouvants. Quelle serait votre première réaction ? Si vous vous débattez pour essayer de vous sortir de ces sables mouvants, que va-t-il se passer ? Lorsqu'on cherche à s'extraire de sables mouvants en se débattant, le résultat est qu'on s'enfonce davantage. La méthode la plus efficace consiste au contraire à s'agiter le moins possible, et à faire en sorte d'avoir le maximum de surface du corps en contact avec le sable mouvant. »

Le tir à la corde

« Imaginez que votre combat contre vos pires pensées et vos pires émotions soit comme un jeu de tir à la corde contre un monstre. Vous mettez toute votre énergie dans cette lutte pour ne pas laisser le monstre gagner. Quelquefois vous gagnez et il vous laisse tranquille un moment, quelquefois vous perdez et vous devez lutter davantage. Vous consacrez beaucoup de temps et d'efforts à cette lutte, au détriment de ce qui compte réellement pour vous. Et si votre but n'était plus de gagner cette bataille, et que vous lâchiez simplement la corde ? »

Lâcher la voile

« Lorsqu'on est sur un bateau et que la tempête se lève, on a tendance à vouloir tendre les voiles pour garder le contrôle du bateau et éventuellement rentrer au port. Mais quand la tempête est là, si les voiles sont tendues, elles peuvent se déchirer ou le bateau chavirer. Dans une telle situation, la meilleure solution consiste à détacher les voiles, à les laisser libres le temps que la tempête se calme, quitte à dériver un peu de sa trajectoire. »

Le polygraphe

« Imaginez que vous soyez relié à un appareil qui détecte chacune de vos émotions et fait retentir une alarme dès que vous commencez à vous sentir inquiet. Et je vous donne la consigne suivante : "Chaque fois que la machine signalera que vous êtes anxieux, je vous donnerai un coup de marteau sur la main." Que va-t-il se passer d'après vous ? »

Le programme anti-stress (une variante du polygraphe)

« Un chef d'entreprise reçoit les chiffres de l'absentéisme de l'année écoulée. Ils sont mauvais. Beaucoup d'absences l'année dernière. Il remarque qu'une part importante des absences est liée au stress. Il décide de convoquer tous ses salariés pour leur expliquer le problème, et leur annonce qu'il veut changer la situation. Aussi, il les avertit que la première personne qui montrera des signes de stress sera licenciée sur le champ. Que va-t-il se passer d'après vous ? »

Exercices

Les exercices présentés ci-dessous permettent au patient d'entrer directement en contact avec le bénéfice d'une démarche acceptante.

Écriture à l'aveugle

Cet exercice constitue un moyen ludique pour aider les patients à développer l'acceptation. Dans une première partie, le thérapeute donne une feuille de papier et un stylo au patient et dit :

« Si vous êtes d'accord, je vais vous demander d'écrire une phrase, par exemple : *Nous sommes le mardi 8 décembre et il est seize heures trente*. »

Ensuite, le thérapeute place un obstacle (un carton par exemple) devant les yeux du patient et lui demande :

« Est-ce que cela vous gêne pour écrire si je mets ce carton devant vos yeux ? Préféreriez-vous que je l'enlève ? Je suis désolé, mais je vais le laisser malgré tout. Mais puisque vous m'avez dit que vous préfériez voir ce que vous écrivez, je vous permets de faire tout ce que vous voulez pour essayer d'y parvenir. Vous pouvez bouger la tête, vous lever, repousser mon bras. Faites tout ce que vous pouvez pour voir en même temps que vous écrivez. Vous êtes prêt ? Allez-y ! Écrivez cette phrase ! »

Pendant que le patient essaie d'écrire et de contourner ou déplacer l'obstacle, le thérapeute fait tout de son côté pour lui boucher la vue à l'aide du carton. Généralement, au bout de vingt à trente secondes, le patient n'a toujours rien écrit de lisible parce qu'il est trop occupé à essayer d'éviter l'obstacle. Alors, le thérapeute dit :

« Qu'en pensez-vous ? Est-ce que cet exercice est difficile ? Avez-vous pu écrire cette phrase ? Est-elle lisible ? »

Le thérapeute propose alors une autre approche :

« Voulez-vous que nous essayions une autre manière de procéder pour parvenir tout de même à écrire cette phrase ? Je suis désolé, mais je vais encore laisser le carton devant vos yeux. Cependant, cette fois, je vous propose de ne pas essayer de contourner l'obstacle, mais de vous concentrer sur vos efforts pour écrire. Peut-être que cela ne sera pas facile, mais essayez d'écrire du mieux que vous pouvez de manière à ce que nous puissions lire cette phrase à la fin. »

Cette fois, le patient parvient à écrire facilement une phrase lisible.

Dans cet exercice, le carton symbolise les événements psychologiques difficiles dont le patient a jusqu'alors tenté de se débarrasser avant de pouvoir s'engager dans l'action. Cet exercice lui permet d'entrer directement en contact avec la capacité d'agir en présence de pensées, d'émotions ou de sensations douloureuses.

Il est possible également de demander au patient d'écrire une phrase portant sur une action qui compte pour lui, et qu'il pense ne pas pouvoir accomplir en présence de certains événements psychologiques. Par exemple, un patient agoraphobe pourrait écrire « *Je vais faire mes courses moi-même au supermarché* ». Le thérapeute écrirait alors de son côté sur le carton « attaque de panique ». De cette manière, la démarche d'acceptation est plus facilement transposable par le patient aux situations qu'il vit.

Il arrive parfois que dès la première partie de l'exercice, certains patients abandonnent rapidement les tentatives d'évitement de l'obstacle et parviennent ainsi à écrire une phrase lisible immédiatement. Il faut alors prendre le temps d'explorer avec eux ce qui les a amenés à se concentrer sur l'écriture plutôt que de batailler contre l'obstacle qui se trouvait devant leurs yeux. Ils ont en effet directement appliqué une démarche d'acceptation. L'exercice porte tout de même ses fruits car le patient peut se rendre compte qu'il a utilisé une approche différente de celle qu'il emploie face à ses événements psychologiques, et que celle-ci s'avère finalement profitable.

Menottes chinoises

Les « menottes chinoises » sont un jouet en forme de cylindre, en bambou ou en ruban tressé. On introduit l'index de chaque main dans le cylindre. Lorsqu'on tente d'éloigner les doigts et de se dégager du cylindre, les menottes se resserrent et il est impossible de se libérer. Plus on tire, plus le cylindre se resserre. Le seul moyen de se libérer consiste au contraire à rapprocher les deux index jusqu'à ce qu'ils se touchent, ce qui est contre-intuitif.

L'utilisation des menottes chinoises en guise de métaphore de l'évitement expérientiel (chercher à se dégager emprisonne davantage) et de l'acceptation (il est nécessaire de se rapprocher volontairement de

ce qui inquiète ou fait souffrir pour pouvoir s'en libérer) est particulièrement efficace en situation clinique. L'expérience directe permet aux patients de percevoir rapidement l'intérêt de l'acceptation.

Traquer toute réapparition de la lutte

Tout n'est pas réglé une fois les premières mises en pratique de l'acceptation. Car l'habitude est plus forte que la raison. Nous autres thérapeutes, habitués au concept d'acceptation et à sa mise en application, nous nous faisons encore très souvent piéger, particulièrement quand le « problème » psychologique auquel nous sommes confrontés évoque des émotions fortes. Difficile de ne pas chercher à soulager immédiatement la personne en face de nous lorsqu'elle est plongée dans un profond désarroi. Précisément parce que ce désarroi déclenche également en nous des émotions et des pensées désagréables (« *Je ne peux pas le laisser comme ça !* »). Aussi, même lorsque le patient a perçu l'inutilité et les risques de la lutte contre ses événements psychologiques, le thérapeute se doit d'être vigilant à chaque nouvelle occurrence de lutte ou d'évitement qui va réapparaître. Son rôle est alors d'explorer avec le patient la fonction des comportements qu'il met en œuvre. Quelle conséquence est recherchée lorsque le patient demande au thérapeute s'il est possible de mourir d'une attaque de panique ? Généralement, le patient se sentira soulagé en entendant la réponse qu'il connaît déjà. La fonction de la demande est l'apparition d'un soulagement. En d'autres termes, la question montre une absence d'acceptation de l'incertitude et de l'inquiétude, c'est-à-dire une lutte active. Ces exemples sont fréquents et ressurgissent à différents moments de la thérapie.

Il arrive par exemple que la lutte s'invite au cœur même de l'acceptation. Cela se manifeste lorsque le patient, après la phase de désespoir créatif et une fois qu'il a perçu l'intérêt de l'acceptation, nous demande s'il sera débarrassé de ses symptômes en accomplissant ce qu'on lui propose. En d'autres termes, il est d'accord pour accueillir tous ses événements psychologiques, mais à condition que cela lui permette de supprimer ceux qu'il n'aime pas. Il est alors important de signaler que la disparition des symptômes – dans leur définition courante – n'est pas l'objectif de la thérapie, mais que l'acceptation a pour but de pouvoir réaliser des actions importantes pour le patient. L'ACT propose à ce titre une redéfinition des symptômes psychologiques ciblés par la thérapie (voir Chapitre 11, « Évaluer les avancées thérapeutiques »).

Exemple clinique

Émilie a subi un viol il y a six ans. Depuis cette agression, elle vit parfois des flash-backs qui l'ont amenée à totalement modifier sa

façon de vivre : elle ne sort plus jamais seule de chez elle, évite la rencontre avec les hommes et a été contrainte d'abandonner son emploi. Il lui est très difficile de reparler de l'événement et elle tente généralement de tout faire pour ne pas y penser. Le sujet est même devenu tabou dans son entourage, pour éviter de la faire souffrir en repensant à l'événement. Au cours de la thérapie, elle parvient parfois à évoquer le viol, mais s'interrompt dès que l'émotion évoquée lui est insupportable. Voici un extrait d'un entretien avec son thérapeute.

Thérapeute : « Que faites-vous de vos journées ? »
Patiente : « Pas grand-chose, je regarde la télé surtout. »
Thérapeute : « Quel genre d'émission vous intéresse ? »
Patiente : « Aucune en particulier, je regarde ce qu'il y a. Le plus long c'est l'après-midi. Généralement, ce n'est pas très intéressant. Ce sont des émissions pour les vieux. Ou alors des témoignages… »

Le visage de la patiente s'assombrit et elle semble anxieuse et apeurée. Elle change alors de sujet.

Patiente : « Je préférerais qu'on se voie le mardi plutôt que le mercredi. Ce serait possible ? »
Thérapeute : « Vous semblez avoir été perturbée en évoquant ces témoignages à la télévision. Avez-vous vu une émission qui portait sur le thème du viol ? »
Patiente : « … Oui. »

Le thérapeute propose alors à la patiente de travailler son acceptation face à ses émotions désagréables.

Thérapeute : « Le souvenir de cette émission semble déclencher chez vous une grande anxiété. Vous vous souvenez certainement que nous avons réalisé un exercice dans lequel vous aviez pu constater que lutter contre votre émotion vous amène souvent au contraire de ce que vous voudriez. Notamment à la craindre davantage. Si vous êtes d'accord, je vous propose de ne pas changer de sujet et d'essayer de simplement garder cette émotion un moment, de lui accorder une place en vous, bien qu'elle soit douloureuse et qu'elle vous paraisse insupportable. »
Patiente : « Ça semble difficile… Douloureux… Je peux essayer. »
Thérapeute : « Quand avez-vous vu cette émission ? »
Patiente : « Hier. C'était une émission de témoignages. »
Thérapeute : « Et qu'avez-vous vu dans cette émission ? »
Patiente : « Il y avait une jeune fille qui racontait le viol collectif dont elle avait été victime. Moi il était tout seul, mais en l'entendant… tout est revenu… J'entendais sa voix. »
Thérapeute : « Qu'avez-vous fait ensuite ? »
Patiente : « J'ai tout de suite éteint la télé. Ensuite je suis allée prendre une douche… Il y avait toutes ces images… Son visage horrible. »

Le thérapeute propose alors à la patiente de travailler l'acceptation des émotions et des sensations qui apparaissent maintenant alors qu'elle repense à cet événement.
Thérapeute : « Pendant que vous me décrivez ces images qui revenaient à vous, pouvez-vous me dire ce que vous ressentez ? »
Patiente : « C'est horrible. Je m'en veux tellement. »
La patiente commence à pleurer.
Thérapeute : « Pouvez-vous me décrire ce que vous ressentez ? Simplement me décrire ce qui se passe en ce moment dans votre corps ? »
Patiente : « J'ai peur. J'ai chaud et ça tremble de partout en moi. J'ai cette sensation de malaise sur ma peau, dans mon corps… »
Thérapeute : « Ces sensations doivent être très pénibles pour vous. »
Patiente : « Oui, c'est insupportable. »
Thérapeute : « Je crois que personne ne trouverait de telles sensations faciles à vivre. Est-ce que vous pensez que vous pourriez, malgré tout, essayer de ne plus lutter contre elles, ne serait-ce que quelques instants ? Je ne vous propose pas d'aimer ces sensations, mais de les laisser présentes pour les observer un moment. »
Patiente : « Qu'est-ce que je dois faire ? »
Thérapeute : « Laissez simplement revenir les souvenirs qui se présentent quand vous repensez à ce moment pendant lequel vous regardez cette émission. Essayez de leur laisser de la place, de ne pas chercher à les repousser. »
Patiente : « J'ai eu peur qu'il soit derrière la porte. »
Thérapeute : « Bien. Qu'est-ce que ce souvenir déclenche en vous ? »
Patiente : « Ca me terrorise. »
Thérapeute : « Et qu'avez-vous envie de faire ? »
Patiente : « Je ne sais pas, j'ai trop peur. »
Thérapeute : « Laissez venir ces sensations. Vous pouvez leur donner l'autorisation d'être en vous. Peut-être vont-elles diminuer un peu, peut-être vont-elles revenir. Observez cela sans chercher à le changer. Non parce que vous aimez ces émotions, mais parce que si vous cherchez à les repousser, votre vie se restreint. Peut-être pouvez-vous de temps en temps me décrire comment elles évoluent, sans que vous ne fassiez quoi que ce soit pour vous en débarrasser. »
Patiente : « J'ai toujours peur… Mais c'est vrai que j'ai l'impression de pouvoir regarder ça en face. C'est comme si j'avais moins peur d'avoir peur. »

L'objectif dans cet échange n'est pas de provoquer délibérément des émotions chez la patiente, mais de lui permettre de ne pas toujours renouveler la fuite face à ce qui la fait souffrir, de lui redonner la possibilité d'un autre positionnement par rapport aux événements psychologiques qu'elle vit, de l'aider à retrouver une flexibilité psychologique dans une telle situation.

Chapitre 5

Au-delà de la lutte : choisir ses valeurs et agir

La thérapie d'acceptation et d'engagement est une thérapie de l'*action*. La démarche d'acceptation que nous avons précédemment décrite n'est pas une fin en elle-même. Elle n'a d'intérêt que si l'énergie et le temps dégagés de la lutte sont réinvestis pour agir en direction de ce qui compte réellement pour le patient, vers ce qui lui permet de créer une vie riche de sens pour lui, ce que nous appelons les **valeurs**. Les valeurs représentent ce qui donne du sens à l'existence, ce qui l'organise. Ce sont toutes ces actions plaisantes par le simple fait qu'elles permettent de se sentir en accord avec soi-même, avec ce qu'on croit juste de faire en tant que parent, ami, professionnel, dans notre vie spirituelle ou notre implication dans la cité, ou encore pour notre santé. Certains thérapeutes ACT les considèrent comme le principal moteur de la thérapie et y consacrent les premières séances. D'autres les travaillent tout au long de la thérapie afin d'éviter que leur formulation en début de prise en charge entraîne la fusion du patient avec les valeurs qu'il a énoncées. Quel que soit le moment choisi pour les aborder, elles constituent un axe important de la thérapie.

Nous avons choisi de traiter simultanément du travail sur les valeurs et de celui d'engagement dans l'action, car ils sont intimement liés. Une valeur qui ne se concrétise pas dans l'action amène à se poser la question d'un manque d'acceptation. Des actions qui ne sont pas reliées à une valeur évoquent la présence d'évitements expérientiels. Ces observations conduisent généralement à débuter le travail par une définition des valeurs avant de choisir les engagements dans l'action qui y correspondent. Nous commençons donc par décrire la démarche pour aider le patient à définir ce qui compte pour lui et présentons des outils dans ce but. Ensuite, nous décrivons à quoi correspond l'engagement et comment y conduire le patient en pratique. Nous terminons par un exemple clinique pour illustrer ces deux axes thérapeutiques.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Aider le patient à (re)trouver le moteur des actions : les valeurs

Lorsqu'un patient vient nous consulter, c'est qu'au moins une de ses valeurs est bafouée, ou délaissée, et qu'il perçoit qu'il n'agit pas dans un des domaines de son existence comme il pense juste de le faire. Les émotions que nous vivons nous apprennent énormément sur ce qui compte pour nous. Une patiente qui redoute par-dessus tout de perdre le contrôle d'elle-même et de noyer son enfant pendant le bain valorise en fait fortement le fait d'être une mère attentive qui assure la sécurité de son enfant. Une autre qui tente par tous les moyens de contrôler son poids valorise vraisemblablement le rapport aux autres, qu'elle redoute de perdre par son apparence. Dans de nombreux cas pourtant, les valeurs importantes pour le patient sont masquées tant les symptômes sont omniprésents, ou que ce qui compte réellement a été abandonné de longue date. Le rôle du thérapeute est alors d'aider le patient à découvrir ou à redécouvrir ce qui compte pour lui. La mise en lumière des aspirations profondes – ce qu'on pourrait appeler le sens de l'existence – prépare le terrain à des actions engagées.

La boussole constitue une des métaphores souvent reprises dans l'ACT pour décrire à quoi correspondent les valeurs. Comme la boussole nous indique la direction à suivre, les valeurs représentent les grandes directions qui orientent nos vies. Mais ces dernières ne doivent pas être confondues avec des buts à atteindre. On n'atteint jamais une valeur. Il s'agit là de leur caractéristique première et de leur principal intérêt. Avec une boussole, si vous décidez de voyager vers l'est, votre voyage ne sera jamais terminé : vous n'atteindrez jamais définitivement l'est. Il sera toujours possible d'aller encore plus à l'est. Si une des valeurs qui compte pour vous est l'humilité, la patience ou la pugnacité, il y aura toujours des actions à entreprendre pour être davantage humble, patient ou pugnace. Ainsi, la caractéristique première des valeurs est de représenter une source de satisfaction inépuisable et dont on ne se lasse jamais, qui n'arrive jamais à satiété (voir encadré).

Les valeurs : une source de renforçateurs dont on ne se lasse pas

L'ACT est une approche comportementale du langage et de la cognition. À ce titre, ses fondements sont les apprentissages répondant et opérant. Dans un apprentissage opérant, on s'intéresse essentiellement à la conséquence d'un comportement. Quand la conséquence d'un comportement entraîne l'augmentation de la probabilité de ce comportement, on dit alors que le

comportement a été renforcé. Un comportement peut être renforcé de deux façons : soit il entraîne des conséquences appétitives – on parle alors de renforcement positif –, soit il entraîne la disparition de stimuli aversifs – on parle alors de renforcement négatif. Si j'ai moins de pensées à propos de mon apparence après m'être fait vomir, ce comportement a des chances de se reproduire dans des conditions analogues ; il a été renforcé négativement par retrait du caractère aversif des pensées à propos de mon apparence. Lorsqu'un thérapeute souligne le fait que son patient est parvenu à s'affirmer dans une situation conflictuelle, il renforce positivement le comportement de son patient en y apportant une conséquence appréciable.
Certains renforçateurs peuvent vite devenir problématiques. C'est le cas pour tous ceux dont l'abus a des conséquences sur la santé ou sur la vie professionnelle et familiale, comme l'alcool ou la nourriture. De nombreux autres ont la particularité d'arriver à satiété. Ils constituent des buts à court terme dont on peut se lasser (décrocher une promotion, acheter une voiture, etc.).
Les valeurs renforcent positivement, d'une façon particulière, en raison de leur nature verbale qui les rend toujours disponibles. De plus, le fait qu'elles entraînent un sentiment de cohérence en fait une source de renforçateurs dont la valeur renforçante ne diminue pas.

Certains patients ont totalement perdu le sens de ce qui est important pour eux. C'est le cas dans les dépressions sévères, par exemple, ou dans les problématiques d'addiction dans lesquelles l'objet de la dépendance s'est totalement substitué à ce que le patient valorise. Pour d'autres patients, rien n'a jamais été réellement valorisé. On rencontre souvent cet état de fait chez les adolescents. Mais pourvu qu'il existe une quelconque demande d'aide, il est possible de faire émerger les valeurs importantes pour le patient. Une personne sévèrement déprimée qui consulte, par exemple, même si elle semble avoir perdu tout intérêt dans son existence, le fait pour une raison qui touche généralement à ses valeurs. Si elle rencontre un professionnel à la demande de son entourage, c'est que les rapports avec son entourage ont conservé une importance à ses yeux.

Les patients qui nous consultent cherchent généralement à contrôler leurs symptômes par tous les moyens. Ils agissent essentiellement en direction de renforcements négatifs : ils essaient de faire disparaître les stimuli aversifs que constituent leurs pensées et leurs émotions douloureuses. Dans le même temps, ils délaissent les comportements qui pourraient être à l'origine de renforcements positifs. En d'autres termes, ils agissent essentiellement pour diminuer le négatif, mais n'agissent plus pour augmenter le positif qui pourrait les conduire à une vie plus riche. Pour la plupart d'entre eux, ils conditionnent même la reprise de toute activité qui pourrait être à l'origine de renforcements positifs à la disparition de leurs symptômes (« *Je retournerai voir mes amis uniquement lorsque je me sentirai moins déprimé* »). Le rôle du thérapeute est alors de les amener à reprendre

des activités qui seraient sources de renforcements positifs (c'est la démarche suivie par exemple par l'activation comportementale ; Lewinsohn et Graff, 1973 ; Hopko et al., 2003). Travailler à la définition des valeurs importantes pour le patient permet de découvrir le carburant nécessaire à l'action. Enfin, prendre le temps avec le patient de réfléchir à ce qui compte dans son existence constitue une prise de perspective différente permettant de l'éloigner de la lutte permanente contre ses émotions et ses pensées douloureuses. Au cours du travail sur les valeurs, une appréciation plus globale de ce qui compte réellement autorise un regard différent sur ce qui est vécu et l'importance que cela représente. Le travail sur les valeurs permet ainsi d'acquérir une flexibilité psychologique.

Les valeurs en pratique

Plusieurs démarches sont possibles pour engager un travail sur les valeurs. Leur choix dépend du patient et de sa tendance à s'appuyer exclusivement ou non sur les raisons qu'il donne à ses difficultés, ce que nous appelons la **fusion** (voir Chapitre 7, « Rompre la fusion avec le langage »). Plus un patient a tendance à rationaliser ses actes, moins la démarche de définition des valeurs doit être verbale et didactique, plus elle doit se fonder sur l'expérience et l'émotion.

Faire réfléchir le patient à ses valeurs

Il a été montré que le simple fait de réfléchir aux valeurs importantes pour soi peut avoir des répercussions au niveau physiologique. Creswell et al. (2005) ont par exemple mis en évidence que demander à des sujets de compléter un questionnaire à propos de ce qui compte pour eux entraîne une diminution de leur taux de cortisol, l'hormone du stress. Définir ses valeurs de cette façon peut se révéler très utile pour de nombreux patients. Pour ce faire, le thérapeute a la possibilité de s'appuyer sur des questionnaires qui, pour la plupart, ciblent les grands thèmes de valeur communs à la plupart d'entre nous (parentalité, relations familiales, amicales et amoureuses, vie professionnelle, vie spirituelle, apprentissage, citoyenneté, santé). Nous reproduisons une de ces échelles, le Questionnaire des valeurs (VLQ, Wilson et al., 2010), dans le Chapitre 11, « Évaluer les avancées thérapeutiques ». Ces questionnaires permettent au patient d'évaluer quantitativement chaque domaine de valeur afin de définir les plus importantes pour lui.

Cette démarche peut néanmoins parfois poser problème. C'est par exemple le cas avec des patients très dépendants du regard de l'autre, qui effectuent le choix de leurs valeurs en fonction des attentes du thérapeute qu'ils imaginent. Une réflexion à propos des valeurs peut également poser problème aux patients en recherche permanente

d'explications comme on en observe chez les personnalités obsessionnelles. C'est alors la fusion, que nous aborderons plus loin, qui gêne le travail sur les valeurs. Enfin, cette façon d'aborder les valeurs risque également de se révéler difficile pour les patients qui verbalisent peu, que ces difficultés de verbalisation soient transitoires (affects dépressifs par exemple) ou plus durables.

Dans toutes ces situations, il est préférable d'aborder les valeurs sous l'angle de l'expérience directe des émotions. Les exercices décrits ci-dessous permettent d'accéder aux valeurs en limitant le recours à une intellectualisation qui peut parfois s'avérer problématique.

Exercices pour mettre en évidence les valeurs du patient

Sweet spot (Wilson et DuFrene, 2009)

Cet exercice consiste à demander au patient de se souvenir d'un moment agréable de son existence, d'un moment simple au cours duquel il se sentait paisible. L'objectif est de découvrir au travers d'un tel souvenir les circonstances capables de déclencher des émotions positives en lien avec les valeurs. Voici le texte qui permet de guider le patient au cours de cet exercice :

« *Je vais vous demander de laisser vos yeux se fermer.*

Prenez un moment pour centrer votre attention sur votre respiration…

J'aimerais maintenant que vous puissiez vous connecter à un de vos souvenirs plaisants, un souvenir agréable. Pas forcément le moment le plus heureux de votre vie, mais simplement un moment au cours duquel vous vous sentiez vraiment en harmonie avec vous-même, pendant lequel vous sentiez que vous étiez exactement vous-même et exactement où vous deviez être. Un moment pendant lequel tout ce contre quoi vous luttez habituellement n'était plus là, pendant lequel vous vous sentiez tout simplement bien, paisible. Cela peut être un moment de jeu avec vos enfants, un repas en famille, ou un café que vous avez pris en terrasse cet été. Prenez un instant pour revoir ce moment.

Essayez de repérer les détails de ce moment. Essayez de percevoir ce que vous perceviez à ce moment-là. Regardez qui était présent. Essayez de ressentir les émotions qui étaient présentes. Essayez de vous remettre en contact avec les émotions que vous ressentiez à ce moment. Voyez si vous pouvez percevoir ce que vous perceviez, comment vous vous sentiez simplement bien. Essayez de porter votre attention pour être totalement dans ce souvenir, comme si vous étiez en train de le vivre.

Dans un instant, vous ouvrirez les yeux et vous me décrirez à quoi ressemble ce moment pour vous, ce que vous avez ressenti, de façon

à ce que je perçoive ce que vous avez ressenti. Le but n'est pas que je comprenne exactement ce qui se passait pendant ce moment, ou pourquoi c'était un moment important pour vous. Faites juste en sorte de décrire de façon à ce que je ressente qu'il s'agissait d'un moment très plaisant pour vous.

Vous pouvez maintenant ouvrir les yeux et commencer à me décrire à quoi ressemblait ce moment. »

Après la description de ce moment par le patient, le thérapeute explore avec lui pourquoi ce souvenir est si particulier pour lui, ce qu'il représente. Les souvenirs choisis correspondent à une ou plusieurs valeurs qui étaient mises en actes au cours de ce moment. De plus, cet exercice permet de rendre les valeurs présentes ici et maintenant, là ou une analyse plus descriptive comme celle présentée précédemment peut parfois créer une distance avec les valeurs en raison des évaluations qui peuvent apparaître. Enfin, cet exercice semble utile à tous les patients : nous n'avons jamais rencontré au cours de notre pratique de patient incapable de trouver un tel souvenir, même dans des problématiques complexes de maltraitance dans l'enfance par exemple.

Fête d'anniversaire

Cet exercice vise à mettre le patient en contact avec les conséquences à long terme de ses actions. Il a été décliné sous différentes formes (fête de départ à la retraite, épitaphe). Il consiste à demander au patient d'imaginer qu'un de ses proches prononce un discours pour l'anniversaire des 70 ans du patient. La question qui est posée est de savoir ce que le patient aimerait qu'on retienne de lui (« *C'est quelqu'un sur qui on peut toujours compter* », « *Il n'a jamais été rancunier* », « *Il s'est toujours montré patient avec les autres* », etc.). Au travers de cet exercice, les grandes directions que le patient souhaite donner à sa vie apparaissent aisément.

Difficultés lors du travail sur les valeurs

Plusieurs difficultés, dont certaines ont déjà été évoquées, peuvent émerger au cours du travail sur les valeurs (Dahl et al., 2009). La première porte sur la conformité aux attentes. Le terme de « valeur » peut s'avérer problématique car il peut évoquer l'idée qu'il existerait de bonnes et de mauvaises valeurs. Il n'en est évidemment rien. Nous n'utilisons d'ailleurs jamais ce terme avec les patients. Il reste que, pour certains patients, notamment les personnes présentant une problématique en lien avec le rapport aux autres (personnalités histrionique, dépendante, borderline, narcissique), il existe un risque que les domaines choisis comme valeurs le soient en raison de leur

valorisation sociale. Il est important de préciser au patient que le choix se fait indépendamment de ce que quiconque pourrait en penser, en incluant le thérapeute. Lorsque les valeurs se traduiront en action, un bon moyen de contourner cet obstacle consiste à demander au patient de choisir une action qui le ferait avancer en direction de ce qui compte pour lui, *même si personne d'autre n'avait jamais connaissance de ce qu'il fera*.

La deuxième difficulté risquant d'apparaître au cours du travail sur les valeurs consiste à les confondre avec des buts. Il est fréquent que les patients fixent leur attention sur des buts, car ces derniers sont plus concrets et s'envisagent plus facilement. Le problème est que lorsqu'un but n'est pas mis en lien avec une valeur, la motivation à l'action est perdue dès que le but est atteint. Lorsque le patient prend un but pour une valeur, il est nécessaire de l'aider à extraire de ce but les raisons profondes qui le poussent vers ce choix. Si un patient met en avant le fait d'obtenir une promotion comme valeur la plus importante pour lui, le thérapeute pourra lui demander de réfléchir à ce qu'il ferait s'il obtenait le poste qu'il brigue. On débouche alors généralement sur une valeur (ici par exemple « *Obtenir cette promotion me permettra d'aider mes parents* »), qui pourra alors se concrétiser de nombreuses autres façons, indépendamment de la réussite.

Enfin, signalons que le moment du travail sur les valeurs peut se révéler difficile pour le patient comme pour le thérapeute. En effet, réfléchir à ses valeurs, c'est aussi mettre en évidence le manque d'actions vers ce qui compte pour soi, manque qu'on retrouve par définition chez tous les patients. Il n'est pas rare que ce constat entraîne des émotions vives, qui contribuent à l'installation d'un désespoir créatif (voir Chapitre 3, « Déclencher une prise de conscience de l'inutilité et des risques de la lutte »), mais auxquelles le thérapeute doit être préparé au moyen d'un travail sur ses propres capacités d'acceptation.

Amener le patient à s'engager dans l'action

Une fois les valeurs définies, il faut les concrétiser au moyen d'engagements dans l'action. S'engager dans l'action constitue une démarche auto-renforçante dès que l'action choisie est en cohérence avec ce qui est valorisé par le patient. Une action qui entraîne des conséquences désagréables et qui est habituellement évitée devient alors importante à réaliser car les conséquences désagréables sont contrebalancées par la valeur renforçante d'être en cohérence avec la direction qu'on souhaite donner à sa vie. Cette propriété découle de la nature verbale des valeurs qui leur permet de modifier la fonction de n'importe quelle conséquence (voir encadré).

La nature verbale des valeurs : les « augmentals »

L'analyse du comportement verbal a mis en évidence une catégorie particulière de stimuli verbaux. Ces stimuli, appelés « augmentals », permettent de modifier la valeur renforçante ou punitive d'un stimulus. Grâce au langage, la fonction d'un stimulus peut être augmentée, diminuée, ou totalement inversée. Imaginez qu'on vous donne un banal stylo, mais qu'on vous explique ensuite que ce stylo a servi à Barack Obama pour parapher les documents relatifs à son investiture. Ce stylo, qui n'avait précédemment aucune valeur, devient par un simple acte de langage un stimulus potentiellement très renforçant pour certains.

Les valeurs constituent des exemples d'augmentals. Le simple fait de me dire que courir est bon pour ma santé suffit à ce que la douleur que je ressens dans les jambes change de statut : elle devient renforçante, signe que je suis en train d'agir pour me garder en bonne santé. De la même façon, entamer une conversation avec un inconnu peut être un calvaire pour une personne souffrant de phobie sociale, mais devient également renforçant si l'inconnu est le père d'un camarade de son fils qu'il souhaite inviter à un goûter d'anniversaire.

Le travail du thérapeute pour amener le patient à s'engager dans l'action est assez aisé si ce que valorise le patient a été suffisamment précisé. Généralement, le patient conclut de lui-même à la nécessité d'actions dans le sens de ce qui compte pour lui. La tâche du thérapeute consiste essentiellement à organiser concrètement le choix des actions et à prévoir les obstacles qui peuvent apparaître.

L'engagement en pratique

Différents exercices permettent de favoriser l'engagement dans l'action, notamment quand l'acceptation n'est pas encore suffisante ou que le patient est en fusion avec ses pensées. Nous en décrivons deux ci-dessous.

L'équation à l'infini

Le plus souvent, les patients n'agissent pas ou peu dans le sens de ce qui compte vraiment à leurs yeux. C'est principalement en raison de l'énergie qu'ils consacrent à lutter contre les événements psychologiques qu'ils jugent intolérables, mais c'est aussi parce qu'ils considèrent davantage les conséquences à court terme de leurs évitements expérientiels. Un des moyens pour remettre le patient au contact des conséquences à long terme de ses comportements – les conséquences qu'il souhaite obtenir comme celles qu'il ne souhaite pas – consiste à lui proposer un choix entre deux options alternatives, entre deux « packages » dont le contenu n'est pas séparable : ne plus jamais vivre les événements psychologiques dont il cherche à se débarrasser, mais simultanément ne plus jamais agir

dans le sens d'une de ses valeurs ou, à l'inverse, continuer à vivre les événements psychologiques douloureux *et* dans le même temps pouvoir agir vers ce qui compte pour lui. Par exemple, dans le cas d'une phobie spécifique de l'avion qui empêcherait un patient de rendre visite à sa famille à l'étranger, le choix que fait actuellement le patient est de ne pas ressentir la peur de l'avion, au prix d'un délaissement de ses valeurs familiales. En repoussant ce choix à l'infini et en supposant qu'il porte ses fruits, cela signifie que le patient est prêt à sacrifier ce qui compte pour lui dans ses relations familiales afin d'éviter de ressentir la peur. Mis en équation, le choix devient, d'un côté, de ne plus jamais vivre la peur de l'avion mais aussi de ne plus jamais rendre visite à sa famille, et de l'autre, d'aller voir sa famille, que la peur soit présente ou non.

En posant l'équation sous cette forme, le thérapeute rend concrètes des conséquences à long terme que le patient ne parvient pas à envisager seul. Évidemment, il s'agit d'un choix tronqué dont l'issue est toujours la même : le patient préfère agir dans le sens de sa valeur. Mais l'intérêt de cette démarche est de favoriser immédiatement l'engagement car les patients ne souhaitent en aucun cas sacrifier définitivement ce qui compte réellement à leurs yeux.

Rencontrez-vous dans dix ans

Il s'agit d'un exercice de changement de perspective qui amène le patient à dépasser les conséquences à court terme de ses actions au profit d'un engagement à plus long terme dans le sens de ce qui compte pour lui.

« *Essayez de vous projeter dans l'avenir et de vous imaginer dans dix ans. Imaginez qu'il soit possible que vous rencontriez la personne que vous serez dans dix ans. De quoi aimeriez-vous que ce "vous" plus âgé vous remercie d'avoir fait dix ans plus tôt ? Qu'apprécierait-il que vous ayez fait pour lui ? Qu'est-ce qui compterait vraiment à ses yeux ?* »

Ces exercices permettent de favoriser le passage à l'action par la mise en évidence d'un état de fait souvent négligé : ne rien faire constitue en soi un choix (le choix de ne rien faire). Ils peuvent être complétés d'une évaluation quantitative des engagements réalisés en direction des valeurs choisies, au moyen par exemple du questionnaire des valeurs présentées au Chapitre 11, « Évaluer les avancées thérapeutiques ». Une fois que le patient prend conscience de la nécessité d'agir pour avancer en direction de ce qui compte pour lui, le thérapeute l'aide à préciser ce qu'il pourrait concrètement faire. Plusieurs points précisés ci-dessous sont à retenir au cours de cette étape :

• *Valider la plus petite action en direction des valeurs, quelle que soit son ampleur ou sa réussite pour atteindre un but.* Lorsque les patients envisagent à nouveau de s'engager dans l'action, il est fréquent qu'ils souhaitent s'attaquer à des défis complexes qu'ils ont depuis longtemps

mis de côté. Cela ne représente pas en soi un problème à condition que le patient ait progressé vers une acceptation des émotions et des pensées difficiles qui pourraient apparaître au cours de cette action. Mais l'objectif de l'engagement dans l'action n'est pas de devenir performant ou de régler un problème. La valeur thérapeutique de l'engagement dans l'action ne se fonde pas sur son ampleur ou sur sa réussite. Elle repose uniquement sur le fait de choisir ce qui compte pour soi et de le réaliser quels que soient les événements psychologiques qui pourraient apparaître. Aussi, n'importe quelle action choisie dans le sens de ses valeurs est pertinente à réaliser. Peu importe l'action choisie, ce qui compte est que le patient agisse en accord avec la vie qu'il souhaite mener. Une maman dépendante à l'alcool qui pointerait comme valeur importante pour elle d'être affectueuse envers ses enfants pourrait simplement décider de leur préparer un goûter à leur retour de l'école, même si cela n'implique pas, dans un premier temps, qu'elle consomme moins durant la journée. En revanche, si elle décide de leur faire plaisir en les emmenant au centre commercial parce qu'elle sait qu'elle pourra s'arrêter au bar si elle se sent angoissée, cette action ne sera pas retenue et ce point sera abordé avec la patiente. On s'intéresse ici encore à la fonction du comportement. Dans cet exemple, le choix d'une sortie au centre commercial reposerait à la fois sur la valeur de la patiente, mais aussi sur le fait de pouvoir contrôler son angoisse le cas échéant. Le choix peut même correspondre à une action qui n'évoquerait ni pensées ni émotions difficiles, à condition que cette action soit en direction d'une valeur du patient pour laquelle il n'agit pas actuellement.

• *Prévoir l'apparition d'événements psychologiques désagréables.* L'objectif de l'engagement dans l'action n'est pas la disparition des émotions et des pensées douloureuses. Il ne s'agit pas d'une exposition. Ces émotions et ces pensées peuvent ou non apparaître au cours de l'action choisie par le patient. Chez la plupart des patients, il est même vraisemblable que ces événements psychologiques apparaissent. Il est important que le thérapeute vérifie que le patient perçoit bien ce à quoi il s'expose, tout en précisant les raisons à long terme de ce choix (« *En accompagnant votre mère à la gym, il y a des risques pour que vous ressentiez la honte que vous cherchez à fuir habituellement. Est-ce que vous êtes d'accord de ressentir cette honte pour être présent pour votre mère ?* »). Le thérapeute remet donc en perspective les conséquences à long et à court termes d'une telle action, afin de favoriser l'engagement. Cela contribue également à accroître l'acceptation des événements psychologiques contre lesquels le patient lutte habituellement.

• *Relier l'action avec la valeur.* Certaines actions sont très liées à la valeur que le patient souhaite investir et revêtent de ce fait une grande importance pour lui, indépendamment de ce qu'en dit le thérapeute. Ce

sont généralement les actions que le patient évite activement. Quelqu'un peut, par exemple, éviter de téléphoner à sa famille de peur qu'on ne lui annonce le décès d'un proche. Téléphoner à sa famille, quelles qu'en soient les conséquences émotionnelles, sera certainement l'action dans laquelle cette personne choisira de s'engager une fois qu'elle aura avancé dans l'acceptation de ses émotions. Dans d'autres cas, l'action choisie peut être plus éloignée de la valeur retenue. Le thérapeute aura alors soin de faire le lien entre cette action et la valeur à laquelle elle se rapporte, afin que la raison du choix de cette action soit présente au moment où le patient s'y engage. Concrètement, le thérapeute résume le choix du patient en rappelant à quoi il est lié :
Thérapeute : « Pouvez-vous me préciser pourquoi vous choisissez de suivre ce cours d'anglais malgré la gêne que vous allez ressentir ? »
Patient : « C'est important pour moi. »
Thérapeute : « Parce que vous serez plus autonome ? »
Patient : « Oui, si je vais à ce cours d'anglais, ça voudra dire que je suis un peu plus autonome. »

• *Renforcer le choix et exprimer son empathie.* L'action choisie va souvent s'accompagner d'événements psychologiques douloureux pour le patient, contre lesquels il lutte activement, parfois depuis très longtemps. Le choix de l'action n'est pas un choix facile. Il est important que le thérapeute signifie sa compréhension de la difficulté de l'engagement à venir pour le patient, et qu'il exprime son soutien et son admiration pour ce choix de toutes les façons possibles (« *Je suis très heureux que vous décidiez de faire quelque chose qui compte vraiment pour vous* »[1], « *Vous pourrez être fier de ce que vous allez accomplir* », « *Votre fille n'en saura peut-être jamais rien, mais vous allez accomplir quelque chose de vraiment important pour elle* »).

Exemple clinique

Sylvie, 28 ans, présente des rituels de vérification très invalidants. Elle passe plusieurs heures par jour à contrôler que le gaz est bien fermé, que les fenêtres et les portes sont correctement verrouillées, que tous les appareils électriques sont débranchés, etc.
Thérapeute : « Depuis combien de temps faites-vous toutes ces vérifications ? »

1. Le thérapeute exprime son soutien pour le choix du patient en mettant au centre de son propos les conséquences que l'action aura pour le patient, afin que ce dernier acquiert progressivement les capacités à percevoir les conséquences de ses actions par lui-même, plutôt que de suivre éventuellement une consigne établie par un autre. En d'autres termes, il s'agit de favoriser le changement par le *track* plutôt que par le *ply* (voir encadré chapitre 6, « Quand le langage nous aveugle », qui aurait pu par exemple prendre ici la forme de « Je suis très heureux que vous ayez décidé de faire cette action ». Dans ce cas, la conséquence de l'action n'est pas énoncée.

Patiente : « J'ai toujours plus ou moins vérifié tout comme ça. Chez mes parents, je vérifiais déjà les portes. Mais ça a augmenté depuis cinq ans. »
Thérapeute : « Depuis la naissance de votre fils en fait ? »
Patiente : « Oui, c'est là que ça a commencé à devenir impossible. »

Le thérapeute aide la patiente à définir les valeurs importantes pour elle, vraisemblablement à l'origine de sa demande d'aide.

Thérapeute : « Et qu'est-ce qui vous a décidé à venir consulter aujourd'hui ? »
Patiente : « Je n'en peux plus, je suis épuisée de tout ça, il faut que ça s'arrête. »
Thérapeute : « Je comprends que ça doit être pénible. Mais pourquoi est-ce que cela devient un problème dont vous devez vous occuper ? »
Patiente : « C'est-à-dire que, il y a deux mois, mon fils m'a demandé ce que je faisais. Il a 5 ans maintenant, il comprend plein de choses. Il voit bien que je ne suis pas tranquille. Et lui aussi il est nerveux… En fait, j'ai peur de lui transmettre mes manies… Et puis souvent, il me demande de jouer avec lui et moi je n'ai pas le temps parce que je dois refaire mon tour de la maison. »
Thérapeute : « Pour vérifier ? »
Patiente : « Oui, je ne peux rien faire tant que je n'ai pas tout vérifié. Avant le repas, il faut que je regarde si le gaz est bien fermé. Souvent on mange froid. »
Thérapeute : « Et quand il n'y avait pas votre fils, tout cela n'était pas un problème pour vous ? »
Patiente : « Un peu, mais moi ça ne me dérangeait pas tant que ça. »
Thérapeute : « C'est donc parce que ça concerne votre fils maintenant que cela vous préoccupe davantage ? »
Patiente : « Oui, c'est ça. Mon fils, c'est tout pour moi. Je ne veux pas qu'il lui arrive quelque chose. Et je ne veux pas qu'il devienne comme moi. »
Thérapeute : « Et vous pensez qu'en vous voyant vérifier comme vous le faites, cela peut poser problème pour lui ? »
Patiente : « Ben, à force de me voir faire, il va peut-être faire pareil. La semaine dernière par exemple, il m'a demandé si la porte était fermée. Ça m'a détruite. »

Le thérapeute formalise la valeur importante pour la patiente et l'aide à avancer vers l'engagement dans l'action en direction de cette valeur.

Thérapeute : « Je comprends que votre fils est très important pour vous. »
Patiente : « Oui. Je serais prête à tout pour lui. »
Thérapeute : « Qu'est-ce que vous ne faites pas actuellement pour lui et qu'il vous paraît important de changer ? »

Patiente : « Quand il est là, je ne passe pas assez de temps avec lui. Enfin, je suis là, mais je fais le tour de la maison. En fait, je ne suis pas avec lui, je le surveille, c'est tout. »
Thérapeute : « Qu'aimeriez-vous faire avec lui ? »
Patiente : « Au moins jouer avec lui de temps en temps. »
Thérapeute : « Cela signifie que vous devrez passer moins de temps à tout contrôler ? Vous seriez prête à faire cela ? »
Patiente : « Pour passer du temps avec lui, oui. »
Thérapeute : « Quand vous ne pouvez pas tout vérifier, comment vous sentez-vous ? »
Patiente : « Je ne suis pas bien, je suis angoissée. »
Thérapeute : « Donc si vous décidez de passer du temps à jouer avec votre fils, vous allez vous sentir angoissée. »
Patiente : « C'est sûr. »
Thérapeute : « Et malgré cela, vous souhaitez passer plus de temps à jouer avec lui ? »
Patiente : « Pour lui oui. »
Thérapeute : « Donc, finalement, ce que vous me dites, c'est que vous êtes d'accord de ressentir de l'angoisse pour être la maman que vous voulez être. C'est bien ça ? »
Patiente : « Oui. Je suis prête à tout pour mon fils. »
Thérapeute : « Ce que vous me dites c'est que vous êtes prête à ressentir l'angoisse contre laquelle vous luttez depuis tellement longtemps afin de passer du temps à jouer avec votre fils. Je suis très admiratif de votre courage. Votre fils a beaucoup de chance d'avoir une maman prête à faire autant pour lui. »

Après un échange comme celui retranscrit ci-dessus, le thérapeute demande au patient de préciser concrètement ce qu'il s'engage à effectuer jusqu'à la prochaine rencontre. Lorsque la valeur en jeu dans l'action choisie a été suffisamment précisée et que le patient connaît la valeur positive de cette action, on observe alors des patients particulièrement déterminés, qui rapportent que rien n'aurait pu les arrêter dans ce qu'ils avaient décidé de faire, pas même les symptômes contre lesquels ils luttent habituellement. Dans l'exemple ci-dessus, la patiente ne décide pas d'interrompre ses rituels afin de s'en débarrasser. Elle choisit de le faire pour être en accord avec ce qu'elle souhaite être en tant que maman, pour son fils. Si l'anxiété apparaît, ce qui est alors dans la balance pour ne pas chercher à la faire disparaître comme à l'habitude a une telle importance à ses yeux qu'elle n'est pas prête de l'abandonner. Même s'il n'existe pas de données précises à ce jour sur ce sujet, notre expérience clinique nous amène à penser que les engagements de changement pris en lien avec une valeur sont davantage concrétisés que lorsqu'ils servent le but unique de faire disparaître un symptôme.

Partie II

Piégés dans le langage

C'est la marque d'un esprit cultivé qu'être capable de nourrir une pensée sans la cautionner pour autant.

Aristote

Chapitre 6
Quand le langage nous aveugle

L'ACT repose sur l'idée qu'une importante part de nos difficultés psychologiques est promue et maintenue par le langage. Notre capacité à nous détacher de ce qui se passe immédiatement dans notre environnement peut avoir des conséquences très positives, comme lorsque nous persistons à agir dans une direction alors que les conséquences bénéfiques sont distantes ou hypothétiques (voir Chapitre 5, « Au-delà de la lutte : choisir ses valeurs et agir »). Mais ce détachement nous conduit aussi parfois à persister dans des conduites qui sont en réalité contre-productives (voir Chapitre 2, « La lutte permanente pour éviter les émotions négatives »). Cet univers créé à partir du langage et qui ne correspond pas toujours à la « réalité » est donc à double tranchant. Il est impossible de dire a priori si écouter ses pensées est une bonne ou une mauvaise chose. Comme dans tous les aspects de l'ACT en général, ce qui détermine la qualité d'une stratégie est son efficacité à nous rapprocher durablement de ce qui compte dans notre vie. Par exemple, si vous aviez la pensée « *Je ne serai jamais un bon thérapeute, je ferais mieux de changer de métier* », alors que vous avez parmi vos valeurs le désir d'aider les personnes souffrant de troubles psychologiques, est-ce que suivre cette pensée vous rapprocherait ou vous éloignerait de votre valeur ? Seule la réponse à cette question devrait permettre de choisir d'écouter ou non cette pensée.

L'une des difficultés que nos patients rencontrent fréquemment est de se rendre compte de l'utilité d'agir ou non selon les pensées qui les parcourent. Ils sont littéralement contrôlés par certaines pensées et s'engagent toujours dans les mêmes comportements, bien que cela les éloigne de leurs valeurs. C'est ce qu'on appelle la **fusion cognitive**.

Souvent également, nos pensées nous éloignent de ce qui se passe immédiatement dans notre vie. Par exemple lorsque nous nous inquiétons du futur ou regrettons le passé, nous perdons la capacité à apprécier ce que le présent peut nous apporter. Si pour beaucoup d'entre nous cela ne constitue pas un problème durable, certaines personnes souffrent de façon chronique de cet effet du langage. Elles ont la sensation de passer complètement à côté de leur vie et de mener une lutte intérieure qui les coupe des autres personnes et du monde qui les entourent.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Dans ce chapitre, nous présentons ces deux processus clés de la perte de flexibilité psychologique – la fusion cognitive et la perte de contact avec l'instant présent –, ainsi que la démarche générale employée par l'ACT, présentée en détail dans les chapitres suivants, pour contrer ces effets problématiques du langage.

La fusion cognitive

Le terme de fusion cognitive fait référence à un contrôle excessif du langage (incluant les pensées et ce que l'on dit ou entend dire par les autres) sur les comportements (Blackledge, 2007). La dérivation de fonctions précédemment présentée (voir Chapitre 1, « Au-delà du langage, la flexibilité psychologique »), permet de comprendre comment il est possible d'attribuer des fonctions à n'importe quel événement ou objet au moyen du langage. Par exemple, lorsqu'un enfant rencontre pour la première fois un animal qu'il ne connaît pas, ses parents peuvent lui dire « *C'est un animal très gentil* » ou au contraire « *C'est un animal très dangereux* ». La fonction de cet animal est immédiatement transformée, quel que soit l'animal en question (qu'il soit effectivement inoffensif ou dangereux). L'attitude future de l'enfant vis-à-vis de cet animal sera probablement contrôlée par le langage, c'est-à-dire par ce que ses parents lui en ont dit. Imaginons que l'enfant rencontre le chien de ses voisins et que ses parents lui disent que ce chien est dangereux. L'enfant perçoit dès lors le chien au travers du filtre du langage. Il s'enfuit lorsque le chien s'approche de lui, même si celui-ci vient simplement chercher des caresses. Tous les comportements du chien sont perçus en relation avec la fonction établie par les parents : le chien court vers l'enfant, cela signifie qu'il va l'attaquer ; le chien lèche l'enfant, il se prépare donc à le mordre ; etc. L'enfant ne répond qu'en fonction d'une propriété établie par le langage, toutes les autres propriétés étant alors masquées.

Le langage exerce souvent ce type de contrôle sur nos comportements. Il est impossible de dire exactement en quelle proportion, mais il est fort probable que la plupart de nos comportements soient le fruit d'un apprentissage verbal. Il suffit de prendre quelques minutes pour penser à chaque action que nous avons effectuée dans la journée, puis de se poser la question « *Comment ai-je appris à faire cela ? Par expérience directe ou au moyen d'instructions qui m'ont été fournies par d'autres ?* ». On perçoit alors à quel point le contrôle par le langage est étendu. L'efficacité et la rapidité de l'apprentissage verbal nous amènent à préférer généralement utiliser le langage ; cela semble tout à fait logique. Après tout, si le chien du voisin est vraiment dangereux, il est préférable de l'apprendre de la bouche de ses parents que de celle du chien !

Mais le problème est que le langage transmet des informations parfois fausses et nous conduit alors à faire des erreurs. Et même lorsqu'il dit la « vérité », cette vérité n'est souvent qu'une partie de la réalité. Par exemple, lorsqu'un patient souffrant d'un trouble obsessionnel-compulsif centré sur la contamination explique qu'il ne veut pas toucher les poignées de porte car elles sont couvertes de germes, cette affirmation est vraie la plupart du temps. Et si l'on explique à ce patient que le risque d'être contaminé par une maladie est très faible, il répondra sans doute que le risque existe bel et bien et qu'il vaut mieux ne pas toucher les poignées de porte si l'on ne veut pas être contaminé. Une fois encore, cette affirmation est vraie. Mais si le patient suit cette pensée, alors il perd un temps considérable à attendre qu'une autre personne ouvre la porte et se met dans des situations très embarrassantes. Et cela peut par exemple poser de nombreux problèmes dans son travail, bien qu'il le valorise peut-être énormément. Dans ce contexte, l'affirmation « *Il vaut mieux ne pas toucher les poignées de porte* » est-elle vraie ?

Le problème de la fusion cognitive est donc d'« acheter » le langage sans tenir compte des conséquences que cela comporte sur nos valeurs. Croire ce que nos pensées nous disent sans tenir compte de leur utilité. Une fois encore, être en fusion peut être tout à fait positif pour soi. Si vous regardez un film fantastique, croire le temps de la séance que les vampires ou les loups-garous existent sert vos valeurs si vous aimez avoir peur et être complètement absorbé en regardant un film. En revanche, si à la fin du film vous vous barricadez et ne sortez plus de chez vous lorsqu'il fait nuit, croire la pensée « *Les vampires et les loups-garous existent* » perd totalement de son utilité.

Comme nous le verrons lorsque nous aborderons les méthodes pour se détacher du langage (voir Chapitre 7, « Rompre la fusion avec le langage »), la fusion cognitive peut être très handicapante chez nos patients. Souvent, ils croient leurs pensées de façon absolue et ont beaucoup de difficultés à agir indépendamment d'elles pour avancer davantage en direction de leurs valeurs (par exemple « *Je suis incompétent, je n'y arriverai jamais ; il est inutile que j'essaie* »). Dans d'autres cas, ils passent un temps considérable à discuter ces pensées, à les argumenter, dans une démarche infinie de résolution de problèmes, et en sont tout autant ralentis dans leur progression vers ce qui pourrait réellement constituer une source de satisfaction (« *Si je peux réussir cela, alors je ne serai pas un incompétent. Mais si tout le monde ne reconnaît pas ce succès, alors certains continueront de penser que je suis incompétent et alors ça ne changera rien, je serai toujours un incompétent* »). L'ACT a pour objectif de détacher du questionnement concernant la vérité de ces pensées pour se refocaliser sur leur utilité. Il s'agit là d'une démarche nouvelle en comparaison des outils développés en thérapie cognitive, telle que la restructuration cognitive.

La perte de contact avec l'instant présent

Un deuxième effet problématique du langage, qui peut être considéré comme un sub-effet de la fusion cognitive, est la perte de contact avec l'instant présent. La nature relationnelle du langage éloigne constamment notre attention de ce qui se passe dans l'ici et le maintenant. À titre d'exemple, essayez de porter votre attention sur le premier objet qui se trouve près de vous, à l'instant ou vous lisez ces lignes. Peut-être s'agit-il d'un stylo, d'un verre d'eau ou d'un autre livre. Observez cet objet pendant une minute sans penser à autre chose qu'à cet objet, sans vous laisser entraîner vers un autre sujet dans le futur ou le passé. Même pour une minute, un tel exercice est extrêmement difficile. S'il s'agit d'un stylo, vous allez penser très vite à ce que vous avez écrit avec, ou comment vous l'avez acquis, ou encore que vous devriez le remplacer car il est défectueux. Plus simplement encore, vous aurez peut-être des pensées au sujet d'un tel exercice : « *À quoi ça sert ?* », « *Oui, je vois ce que ça veut dire* », « *Je connais déjà* », etc. Dans la majorité des cas, votre pensée sera très vite emmenée loin de l'objet que vous essayez d'observer indépendamment d'autres pensées.

Du point de vue de l'ACT, ce phénomène doit également être approché en tenant compte de son impact sur les valeurs. Que le langage nous emmène très rapidement dans de nouvelles pensées, à peine notre attention s'est-elle portée sur un nouvel événement, n'est pas nécessairement problématique en soi. Ressentir de la nostalgie en regardant de vieilles photos peut être très agréable, même si cela entraîne quelques larmes. Goûter un gâteau à la noix de coco et se retrouver instantanément submergé d'images d'îles paradisiaques accroît sans doute encore le plaisir de la dégustation. Être entraîné dans le futur est également souvent une excellente préparation à l'action, comme lorsque regarder sa montre rappelle un rendez-vous important à venir. Mais lorsque les pensées nous coupent au contraire de sources de satisfaction, alors perdre le contact avec l'instant présent génère de la souffrance. Par exemple, une personne souffrant d'un stress post-traumatique lié à un viol peut avoir de grandes difficultés à apprécier un contact physique car ses pensées sont immédiatement emmenées vers l'épisode traumatique. Les qualités naturellement renforçantes du contact physique sont masquées par les pensées qui lui sont reliées[1], et il est très difficile de rester présent dans l'interaction.

1. Nous employons le terme « relié » pour faire référence à un apprentissage relationnel, donc verbal. Mais des pensées peuvent aussi apparaître par apprentissage classique, par exemple en étant touché à un endroit où l'on a été blessé dans le passé. On emploie alors le terme d'association.

Ainsi, retrouver le contact avec l'instant présent constitue une cible thérapeutique de l'ACT *si* cela permet d'accroître le contact avec les sources de satisfaction immédiates ou futures.

Perdre le contact avec ce qui se passe immédiatement dans notre environnement, c'est également risquer de ne pas percevoir les conséquences effectives de nos comportements, et donc de persister dans des comportements qui nous seraient possiblement délétères. Comme nous l'avons vu au Chapitre 1, « Au-delà du langage, la flexibilité psychologique », se conformer au langage entraîne une insensibilité à l'environnement, qui peut conduire à la persistance dans des stratégies inefficaces. Une personne souffrant de trouble anxieux généralisé passe souvent un temps disproportionné à prévoir et résoudre dans sa tête les éventuels problèmes à venir. Souvent, elle ne perçoit pas que les problèmes en question ne sont pas apparus, ont une probabilité mince d'apparaître, ou qu'ils n'auront pas les conséquences qu'elle redoute. Elle ne perçoit pas non plus qu'elle a passé plus de temps à s'en inquiéter qu'à agir concrètement et de façon utile. Il arrive en fait même assez fréquemment que le temps passé à envisager le pire, à le préparer ou à le ruminer soit renforcé par l'absence de problème ultérieur, même lorsqu'il n'y a pas de lien de causalité entre ces deux événements. Cette personne apprend alors malgré elle à préparer exagérément et à ruminer pour éviter l'apparition de problèmes. Dans ce cas également, l'ACT aura pour objectif de développer le contact avec l'instant présent, pour permettre une plus grande conscience de la fonction de nos comportements et un meilleur ajustement à la variation du contexte (par exemple, percevoir que préparer pendant plusieurs heures est efficace dans certaines situations et contre-productif dans d'autres). La règle suivie sera donc de nouveau ici celle de l'accroissement de la flexibilité pour promouvoir l'efficacité à nous mettre en contact avec nos valeurs.

Une approche expérientielle pour contourner le langage

L'ACT adopte une approche dite « expérientielle » en raison des effets problématiques du langage que nous venons de décrire. Si le langage n'est pas en soi problématique, son utilisation pour résoudre les difficultés générées par le langage lui-même représente un véritable paradoxe. Par exemple, comment aider nos patients à retrouver un contact avec l'instant présent en utilisant des instructions qui vont les entraîner irrémédiablement vers d'autres pensées ? Comment développer une flexibilité vis-à-vis de ce que dit le langage à partir d'instructions qui ne sont après tout rien d'autre que davantage de langage ? On pourrait presque comparer ce paradoxe aux maladies auto-immunes qui dérèglent le système immunitaire et conduisent nos défenses à s'attaquer

à notre propre corps. C'est précisément pour contourner le langage que l'ACT a tendance à privilégier l'expérience directe plutôt que l'explication. Même lorsque le langage est employé (il est de toute façon toujours présent à un certain degré, même lorsque l'on ne dit rien), le thérapeute sollicite autant que possible l'observation dans l'ici et le maintenant et évite de transmettre des règles, qui risqueraient d'accroître la rigidité psychologique.

Pour éviter de nourrir vainement la machine à résoudre des problèmes qu'est notre cerveau, l'ACT évite donc une sur-utilisation du langage. Par exemple, si le thérapeute développait les habilités de défusion chez son patient en s'appuyant principalement sur une explication verbale de ce qu'est la défusion, cela reviendrait à promouvoir la fusion elle-même. Le patient serait contraint d'« acheter » l'idée que défusionner est une bonne chose. Or, plutôt qu'être crus sur parole, nous souhaitons développer chez nos patients une véritable compétence à observer l'utilité pour eux d'adopter une nouvelle approche. Cela ne semble possible que par un contact direct avec les conséquences d'une pratique concrète. C'est pourquoi le thérapeute ACT guide souvent son patient en lui demandant « *Que vous dit votre expérience ? Est-ce que cela vous est utile ?* », plutôt qu'en lui rappelant que cette approche est validée scientifiquement et que cela va lui être utile, par exemple.

De nombreux exercices sont donc proposés en entretien mais aussi pour une pratique régulière en dehors des rencontres avec le thérapeute. Ils peuvent consister à observer ses pensées, émotions et sensations, durant de courts instants ou de façon prolongée, en les laissant passer et sans chercher à les analyser ou les discuter. Une activité d'imagerie peut aussi être convoquée dans les exercices d'observation, comme imaginer ses pensées flottant comme des feuilles sur une rivière. D'autres exercices visent à jouer avec les paradoxes du langage pour faire l'expérience de la contre-productivité à adhérer à son contenu ou même à le discuter (par exemple, on pourrait discuter à l'infini de la véracité de l'affirmation « *Je suis un menteur* » – voir Chapitre 7, « Rompre la fusion avec le langage »). Dans tous les cas, le but n'est pas d'adopter une nouvelle position intellectuelle sur l'objet de la souffrance ou de comprendre pourquoi l'on ressent des émotions difficiles, ou encore d'où elles proviennent, mais de retrouver le contact avec les caractéristiques concrètes (non langagières) des stimulations de l'environnement, dans l'instant présent.

Mais le langage n'est pour autant pas totalement délaissé, même lorsqu'il s'agit d'atténuer son contrôle sur les comportements du patient. L'une des méthodes employées dans l'ACT consiste en effet à s'appuyer sur certaines formes de langage qui ne comportent pas ses effets délétères. Notamment, lorsqu'il transmet une information, le thérapeute s'appuie sur les *tracks* plutôt que sur les *plys* (voir encadré), à la fois

pour accroître l'observation de l'environnement et pour éviter une dépendance à l'égard du thérapeute. L'emploi de métaphores est également caractéristique de l'ACT. Si les métaphores sont utilisées très largement par les psychothérapeutes en dehors de l'ACT, elles font l'objet d'une application fonctionnelle bien spécifique dans le cadre d'une démarche expérientielle. Le but est moins d'illustrer une explication didactique que de placer le patient dans un contexte où il parvient à contacter les conséquences effectives de ses comportements (voir encadré).

Le *track* et le *ply*

La théorie des cadres relationnels (TCR) distingue deux grandes catégories de contrôle verbal (ou règle verbale) : le *track* et le *ply* (Hayes, 1989). Le *track* correspond à une règle dont le suivi est renforcé par la conséquence décrite dans la règle. Par exemple, si l'on dit « *Lisez ce livre et vous apprendrez de nouvelles choses* » et que sa lecture entraîne effectivement de nouveaux apprentissages, alors lire ce livre est sous contrôle d'un *track*. Le *ply* correspond à une instruction dont le suivi est renforcé parce qu'on a suivi la règle, quelle que soit la conséquence apparaissant par ailleurs. Par exemple, si la lecture de ce livre a été prescrite par un professeur et que ses étudiants s'acquittent de cette tâche pour satisfaire ses recommandations, alors on peut considérer qu'ils sont sous le contrôle d'un *ply*. Et cela est indépendant du fait que le livre entraîne effectivement de nouveaux apprentissages ou non. L'effet d'insensibilité à l'environnement est de ce fait plus important avec un *ply* (les étudiants continuent de lire le livre même si cela ne leur apprend rien). Une personne peut donc suivre un *ply* de façon très prolongée même si cela ne l'aide pas à se rapprocher de ses valeurs, tandis que si elle est sous contrôle d'un *track*, elle appréciera plus aisément l'efficacité du suivi de cette règle.

Notons qu'il est possible qu'un *ply* mette également la personne qui le suit en contact avec des conséquences positives apparaissant dans l'environnement (si le livre apporte effectivement de nouvelles informations, par exemple) ; cela peut constituer une étape vers le *tracking*. Le *ply* n'est donc pas nécessairement à éviter totalement mais son utilisation devrait respecter l'objectif ultime de permettre au patient de contacter par lui-même les conséquences de ses actions, et ainsi développer de nouveaux comportements qui lui apportent un bien-être durable, à savoir des comportements orientés dans le sens de ses valeurs.

La métaphore au service du *tracking*

Si le langage est appréhendé par l'ACT et la TCR comme une activité de mise en relation d'événements (comparer, mettre en équivalence, mettre en perspective, etc.), certaines activités cognitives plus complexes, comme construire une métaphore, consistent à mettre en relation des relations (Stewart et al., 2001). Lorsque le thérapeute ACT emploie une métaphore, il place en relation d'équivalence la situation vécue par le patient et une situation concrète dans laquelle il perçoit plus facilement les conséquences de ses actions. Par exemple, en présentant la métaphore de la lutte dans les

sables mouvants (voir Chapitre 4, « Abandonner la lutte : l'acceptation »), le thérapeute conduit le patient à observer les conséquences de s'agiter pour échapper à la noyade : s'enfoncer encore davantage et plus rapidement. Une relation de condition entre lutter et s'enfoncer davantage est mise en équivalence avec une autre relation de condition : si on lutte contre l'anxiété, on accroît l'anxiété. C'est donc par l'emploi du langage que le thérapeute conduit ici son patient à observer les conséquences concrètes (non langagières) de ses actions, avec pour objectif final de l'aider à adopter un comportement qui lui sera davantage utile. Les situations métaphoriques utilisées sont généralement volontairement éloignées de la situation émotionnelle vécue par le patient afin que ce dernier observe ce qui se passe concrètement plutôt que de s'engager dans une nouvelle analyse verbale.

En suivant cet objectif général d'accroître la flexibilité vis-à-vis du langage, l'ACT a la possibilité d'employer une infinité d'outils, qui peuvent avoir été développés dans un cadre tout à fait différent à l'origine (exercices de théâtre, dessins, jeux de mots ou pratiques issues de certaines religions ou philosophies). Comme nous le verrons dans les chapitres suivants, toute technique peut être cohérente avec une démarche de défusion et toute technique dite de défusion, parce qu'elle est souvent employée dans l'ACT (comme l'exercice « Chocolat-chocolat », voir Chapitre 7, « Rompre la fusion avec le langage »), peut devenir facteur de *perte* de flexibilité. Ce qui détermine le bien-fondé d'une technique est le contexte dans lequel elle est utilisée et la fonction qu'elle sert. À ce titre, il est tout à fait possible d'intégrer des outils provenant d'autres modèles thérapeutiques, même s'ils ne s'appuient pas sur la même analyse psychopathologique.

Mais cette ouverture et cet éclectisme dans le choix des techniques expérientielles ne signifient pas pour autant que ces dernières ne sont pas évaluées rigoureusement. Des études expérimentales sont régulièrement conduites pour mesurer l'efficacité des exercices expérientiels. Elles montrent une réelle contribution de ce type de méthode à la dynamique de changement chez le patient (par exemple, McMullen et al., 2008; Ruiz, 2010 et Levin et al., soumis, pour une revue et une méta-analyse).

Chapitre 7

Rompre la fusion avec le langage

Pour contrer les effets problématiques du langage en termes de persistance dans des stratégies inefficaces et d'éloignement par rapport aux valeurs du patient, l'ACT entreprend un travail de distanciation, en particulier vis-à-vis des pensées. Il ne s'agit pas de se mettre à distance pour ne plus voir ou ne plus entendre les pensées, mais d'atténuer leur influence sur nos actions en créant un contexte dans lequel leur caractère arbitraire peut être davantage perçu. C'est ce que l'on appelle la **défusion cognitive.** Nous verrons au cours de ce chapitre la méthode concrètement employée pour développer cette habileté chez les patients, à partir d'exercices, de métaphores et d'une utilisation particulière du langage.

Défusionner

Le terme « défusion cognitive » trouve son origine dans l'anglais *to defuse* qui fait référence à la fois à l'idée de désamorcer un piège et de dé-fusionner d'avec le langage. Il s'agit d'un processus particulièrement délicat à employer en thérapie car le langage est presque constant en psychothérapie et le risque de créer davantage de fusion est, de ce fait, lui aussi souvent présent. La démarche s'appuie sur des principes qui visent de façon générale à augmenter la flexibilité par rapport au langage : le thérapeute ne modifie pas le contenu des pensées du patient mais la relation que celui-ci entretient avec elles ; il accroît la variété des comportements émis au contact des pensées difficiles ou rigides ; il encourage l'abandon des stratégies verbales pour résoudre les problèmes créés par le langage.

Changer la relation, pas le contenu

La spécificité de l'approche ACT vis-à-vis des pensées problématiques formulées par les patients est de ne pas avoir pour objectif de modifier leur contenu. Si les thérapies cognitives et comportementales se sont de plus en plus appuyées, avec le développement de la branche cognitive,

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

sur des techniques visant à changer les pensées dysfonctionnelles pour modifier les comportements, l'ACT recourt en revanche à l'altération du lien causal entre pensée et action.

Prenons l'exemple d'un patient souffrant de trouble anxieux qui s'inquiète de la sécurité de ses enfants au point de les appeler sur leur téléphone portable toutes les heures pour vérifier qu'ils vont bien. Un travail de restructuration cognitive sur les pensées dysfonctionnelles pourrait consister à discuter, au moyen d'un questionnement socratique, de la réalité des risques que ses enfants encourent durant une journée habituelle. Par exemple, le thérapeute pourrait conduire la discussion en demandant « *Que pensez-vous qu'il puisse arriver ? Quelle est la probabilité que cela arrive, selon vous ? Vous êtes-vous renseigné sur les statistiques exactes concernant les accidents et les agressions dans le quartier où vos enfants vont à l'école ?* ». Ici, l'objectif serait de modifier la pensée qui conduit le patient à s'inquiéter en essayant de l'amener à réaliser qu'il n y a pas de raison de s'inquiéter et, donc, d'appeler ses enfants toutes les heures. La difficulté que pose ce type d'approche est d'engager un débat dont le thérapeute ne sort pas forcément gagnant. D'une part, le patient dispose souvent de contre-arguments très convaincants. Et d'autre part, même s'il est intellectuellement convaincu que sa pensée est dysfonctionnelle, cela n'entraîne pas forcément un changement de sa pensée ni de sa manière d'agir.

Dans une approche ACT, le thérapeute ne cherche pas à modifier ce que le patient pense au sujet de la sécurité de ses enfants. Il ne tente pas non plus de l'amener à ne plus s'en inquiéter. Il l'aide à ne pas lutter contre cette inquiétude (voir Chapitre 4, « Abandonner la lutte : l'acceptation ») et à ne pas agir en réaction aux pensées inquiétantes (défusion), si cela a un impact négatif sur ses valeurs. Si appeler ses enfants toutes les heures avait pour conséquence d'enrichir la relation que le patient entretient avec eux, sans effet négatif notable sur d'autres valeurs importantes, alors obéir à cette inquiétude ne serait pas un problème. Mais généralement, ce type de comportement a des conséquences délétères sur les relations que les parents entretiennent avec leurs enfants et sur le développement des enfants eux-mêmes. Le thérapeute ACT travaille donc plutôt à accroître la compétence de son patient à agir différemment de ce que ses pensées lui indiquent de faire. Cela passe par un apprentissage à considérer nos pensées non plus comme des indications à agir mais comme des événements indépendants de nos actions. La relation à la pensée est donc modifiée. En quelque sorte, on pourrait dire que l'ACT modifie la pensée à propos de la pensée et que la défusion constitue une forme de restructuration *méta*-cognitive[1].

1. Il est d'ailleurs possible que la modification de la relation à la pensée soit l'élément actif qui intervienne lorsque la restructuration cognitive fonctionne. Elle augmente alors la flexibilité et la distanciation vis-à-vis des pensées en aidant le patient à considérer différentes interprétations et explications possibles.

Certains outils de la thérapie cognitive peuvent d'ailleurs tout à fait être employés dans une démarche de défusion, si cela permet de modifier la relation à la pensée. Par exemple, le thérapeute ACT peut suivre un questionnement socratique, tel que : « *Lorsque vous avez la pensée que vous devriez appeler vos enfants pour vérifier qu'ils ne sont pas en danger et que vous décidez alors de les appeler toutes les heures durant la journée, quel impact cela a-t-il sur votre relation avec vos enfants ? Est-ce qu'obéir à cette pensée vous rapproche ou vous éloigne d'eux ? Qu'est-ce qui compte le plus pour vous : que votre pensée soit vraie ou que vous vous sentiez plus proche de vos enfants ?* »

Mais pour favoriser le changement de relation à la pensée, l'ACT emploie également des techniques qui déjouent le langage. Elles consistent à s'entraîner concrètement à agir indépendamment des pensées ou à recontacter leurs caractéristiques non arbitraires pour percevoir la distinction entre leur contenu et leur forme. En redonnant au langage son statut arbitraire, le thérapeute aide son patient à s'en détacher et à se refocaliser sur la fonction de ses actions. Une série d'exercices et de métaphores visant cet objectif est présentée dans ce chapitre.

Déjouer les pièges de la résolution de problème

L'un des aspects de la fusion cognitive que l'on observe chez de nombreux patients (et chez tout un chacun, à divers degrés) est une tendance à vouloir résoudre avec la pensée les problèmes produits par la pensée. Un patient déprimé peut, par exemple, exprimer un sentiment de culpabilité vis-à-vis de ses proches, se considérant responsable de toutes les difficultés que ces derniers rencontrent. D'un point de vue extérieur, cela semble naturellement tout à fait excessif, mais le patient adhère pourtant entièrement à cette pensée. Et parce que cette pensée est à l'origine d'émotions très douloureuses, le patient s'engage dans des ruminations qui consistent à rejouer des épisodes du passé. Il imagine comment il aurait pu aider davantage ses enfants à faire leurs devoirs, qu'il aurait pu donner de l'argent à ses parents pour les aider à réparer leur maison ou, encore, qu'il aurait dû être davantage disponible pour un ami lorsque celui-ci cherchait du travail. Ruminer de cette manière est une application en pure perte des stratégies de résolution de problème. Se comporter différemment ici et maintenant envers ses proches pourrait rapprocher le patient de ses valeurs. Mais rejouer le passé n'a pour seule conséquence que d'accroître le sentiment de culpabilité, car la relation de comparaison entre ce qu'il a fait et ce qu'il aurait pu faire apparaît encore plus saillante.

Bien entendu, si rejouer le passé brièvement conduit à agir différemment et davantage en cohérence avec ses valeurs, alors cette stratégie

peut être efficace. Mais la pensée nous entraîne malheureusement souvent dans une boucle sans fin, qui ne débouche pas sur une action concrète. L'objectif du thérapeute ACT est alors d'amener son patient à percevoir que l'application de telles stratégies ne fonctionne pas dans ce type de contexte. Il prend également soin de ne pas alimenter inutilement la machine à résoudre des problèmes, ce qui s'avère souvent difficile. En effet, de la même manière que le thérapeute peut être tenté de supprimer les émotions douloureuses de son patient, il peut entrer dans son raisonnement et chercher avec lui des solutions verbales aux problèmes produits de façon stérile par le langage. C'est ce qui pourrait arriver si le thérapeute engageait un échange du type : « *Est-ce que vous pensez vraiment que vous auriez pu faire davantage pour vos proches ? Ne pensez-vous pas que ce serait excessif ? Pensez-vous vraiment qu'ils vous reprochent de ne pas être à la hauteur ?* ». La machine à résoudre des problèmes est généralement friande de ce type de contre-argument qui encourage d'autant plus la tendance à rester à l'intérieur du langage plutôt qu'à agir. Le thérapeute ACT adopte plutôt une approche validante (« *Je vois que cela vous fait souffrir terriblement de penser à tout ce que vous auriez pu faire pour vos proches* ») et l'aide à appliquer ses compétences de raisonnement sur l'action concrète (« *Que pourriez-vous faire aujourd'hui pour vos proches ?* »).

Cohérent peut-être, mais utile ?

L'un des plus grands défis qui se présente au patient et à son thérapeute est de parvenir à faire un choix utile entre avoir raison et agir en direction de ses valeurs. Très souvent, notre manière de penser place ces deux éléments en relation d'opposition. Une personne peut par exemple penser que les événements très difficiles qu'elle a vécus étant enfant sont responsables de son incapacité à avoir des relations durables. Une personne qui se trouve très laide peut considérer qu'elle ne plaira jamais à personne. Une autre personne souffrant d'addiction peut expliquer sa consommation par le stress qu'elle subit au travail. Dans tous les cas, ces pensées sont probablement cohérentes, logiques ou vraies. Elles en ont parfois uniquement l'apparence, comme lorsqu'un patient présentant des idées délirantes explique qu'il ne peut sortir de chez lui car il risque d'être attaqué. Mais il est aussi tout à fait possible qu'elles correspondent à la réalité.

Les patients, comme nous tous, subissent les effets d'une histoire d'apprentissage les amenant parfois à se comporter d'une manière inadaptée par rapport à leurs valeurs. Mais la reconnaissance des conséquences de notre histoire sur notre condition actuelle peut néanmoins avoir des effets contre-productifs. En restant attaché à la cohérence de son histoire, on se prive de la possibilité de changer. Si les conditions

passées ou actuelles sont responsables des problèmes que l'on vit, alors ce sont ces conditions qui devraient logiquement changer. Par exemple, pour avoir des relations plus durables, il faudrait avoir eu une enfance heureuse ; pour plaire aux autres, il faudrait être physiquement très attirant ; et pour ne plus boire, il faudrait que le travail soit moins stressant. Mais dans de très nombreux cas, ces conditions ne peuvent être changées et l'on se retrouve alors dans une impasse. Tenter d'agir d'une nouvelle manière, alors que le passé n'a pas été modifié ou que les conditions difficiles dans lesquelles on se trouve n'ont pas évolué, c'est risquer de contredire son histoire. C'est risquer d'invalider la souffrance vécue en raison d'événements dramatiques. Il y a alors un choix réellement difficile à faire entre rester cohérent avec son histoire et modifier son futur. La démarche employée par l'ACT pour approcher ce type de problématique correspond ici encore à évaluer si être cohérent sert les valeurs du patient. Si être attaché à son histoire est un frein au changement, alors l'objectif est de montrer qu'il est possible de respecter cette histoire *et* d'agir d'une manière différente. De ce point de vue, l'acceptation des émotions douloureuses générées par cette histoire est sans doute la manière la plus constructive de lui rester fidèle. Le désir de cohérence, lui, sera encouragé lorsqu'il s'agit de considérer comportements actuels et valeurs choisies.

De façon pratique, le thérapeute observe les signes d'un attachement fort de son patient à son histoire en repérant particulièrement lorsque celui-ci explique son comportement par des formules telles que « parce que », « je dois », « il faut ». Toutes ces formes du langage indiquent une relation de condition entre différents éléments qui, si elle semble logique à l'intérieur de l'histoire du patient, peut apparaître tout à fait arbitraire dans un contexte où les valeurs sont privilégiées. On peut également observer fréquemment la fusion d'un patient avec son histoire lorsqu'il la répète encore et encore ou adopte un ton fataliste (« *De toute façon, après ce qui m'est arrivé, je ne peux qu'être déprimé* », « *Ce sont mes vieux démons* »). Plusieurs techniques présentées dans ce chapitre peuvent être employées pour atténuer la cohérence stérile véhiculée par le langage, en particulier, celles qui entraînent le patient à agir indépendamment de ses pensées ou qui lui font percevoir les paradoxes du langage.

Mais d'une manière générale, c'est la façon dont le thérapeute interagit avec son patient qui l'aide à se détacher de cette histoire. Il valide les émotions liées à cette histoire mais prend soin de ne pas renforcer le lien de causalité entre cette histoire et les comportements présents du patient. Cela implique d'éviter plutôt les formules telles que « *C'est normal que vous agissiez de cette façon avec l'histoire que vous avez* » ou « *Cela semble logique* », et de privilégier autant que possible une expression utile de l'empathie (par exemple, « *L'histoire que vous me*

racontez est très triste. Je comprends que cela vous fasse souffrir »). La manière de poser des questions a également une grande importance. Demander à un patient *pourquoi* il agit tel qu'il le fait peut être utile si cela oriente vers la fonction (les conséquences) de ses comportements, mais cela peut aussi renforcer la cohérence purement verbale si le patient est conduit à se justifier en invoquant son histoire. À l'inverse, considérer avec curiosité et ouverture l'histoire que le patient décrit et lui montrer que, tout en l'écoutant avec attention, on peut rester flexible vis-à-vis de cette histoire, est une manière souvent efficace de modeler la défusion. Bien entendu, ces indications ne doivent pas être considérées comme absolues et il n'y a pas d'interdits définitifs. Le thérapeute doit toujours apprécier la fonction qu'il souhaite servir.

Développer la défusion : métaphores et exercices

Métaphores

Les métaphores suivantes permettent d'aider le patient à percevoir concrètement qu'il peut agir en fonction de ses valeurs et non en fonction de ses pensées et émotions « barrières ».

Les passagers du bus (Hayes et al., 1999)

Le principe de cette métaphore est d'amener le patient à concevoir ses pensées, ses émotions et ses sensations comme les passagers d'un bus dont il est le chauffeur. Parmi les passagers se trouvent des pensées qu'il apprécie et d'autres qu'il déteste. Elles lui crient où elles veulent aller. Certaines veulent aller à droite, d'autres à gauche. Mais c'est le patient qui conduit. Il peut choisir de les laisser crier et de conduire dans la direction qu'il choisit, vers ses valeurs.

Voici l'exemple d'un patient souffrant d'agoraphobie qui souhaiterait passer du temps avec ses amis et retrouver un travail :
Thérapeute : « Imaginez que les choix que vous faites dans votre vie soient comme conduire un bus. Et imaginez que toutes vos pensées soient les passagers de ce bus. Où est-ce que vous vous trouveriez dans ce bus ? »
Patient : « Au volant, j'imagine. »
Thérapeute : « Et toutes vos pensées, vos passagers, où se trouvent-elles ? »
Patient : « À l'arrière. »
Thérapeute : « D'accord. Essayons de voir qui est à l'arrière de votre bus. Quelle est la pensée qui vous gêne le plus ? »
Patient : « Que j'aurai toujours peur de sortir de chez moi. »
Thérapeute : « C'est la pensée la plus difficile, pour vous. Celle qui fait le plus de bruit. Et où se trouve-t-elle exactement dans votre bus ? »

Patient : « Juste derrière la cabine. Elle est toujours très près de moi. »
Thérapeute : « Et qu'est-ce qu'il dit, ce passager ? »
Patient : « Il crie, il tape contre la cabine, il m'insulte. »
Thérapeute : « Et vous, qu'est-ce que vous faites pendant ce temps ? »
Patient : « J'essaie de conduire, d'aller où je veux aller. »
Thérapeute : « Et où voulez-vous aller, avec votre bus ? »
Patient : « Je veux sortir de chez moi, je voudrais travailler, passer du temps avec mes amis. »
Thérapeute : « Dans quelle direction est-ce que cela se trouve ? Comment dirigez-vous votre bus ? »
Patient : « Eh bien, c'est tout droit, j'imagine… Mais je crois que je fais pas mal de détours ! »
Thérapeute : « Je comprends, oui… Et d'après vous, pourquoi faites-vous ces détours ? »
Patient : « Eh bien, parce que c'est très difficile pour moi, j'ai très peur de sortir de chez moi… »
Thérapeute : « Oui, c'est très difficile de conduire dans la direction que l'on veut quand on a des passagers qui vous crient dans les oreilles, c'est certain… Est-ce que ce sont eux qui vous disent de faire ces détours ? »
Patient : « On peut dire ça… Je veux aller tout droit mais les passagers me disent que je n'y arriverai pas, que je dois m'arrêter ou faire demi-tour. »
Thérapeute : « Ce n'est vraiment pas facile du tout d'aller où vous voulez aller dans ces conditions. Est-ce que vous pensez que c'est possible, malgré tout ? »
Patient : « Je ne sais pas, j'ai l'impression que ces passagers, comme vous dites, me paralysent complètement. »
Thérapeute : « Mais qui est le chauffeur de votre bus ? »

Cette métaphore peut être développée sur toute une séance car de nombreuses pensées peuvent être incluses parmi les passagers. Et il est plus efficace de rendre vivante la métaphore en demandant à chaque fois où se trouve le passager, ce qu'il fait, etc. Le thérapeute peut même faire de cette métaphore un véritable exercice expérientiel, en proposant à son patient de se déplacer dans la pièce. À chaque pensée barrière identifiée, le patient change de direction. Et il s'aperçoit qu'à cause de cela, il s'éloigne chaque fois un peu plus de ses valeurs.

Il n'est pas nécessaire que le patient parvienne immédiatement à la conclusion qu'il peut conduire dans la direction qu'il souhaite, même si les passagers lui donnent des ordres contraires. Dans un premier temps, on cherche surtout à ce que le patient fasse l'expérience de la distinction entre pensée et action. Cette métaphore peut être reprise au cours de plusieurs séances et il n'est pas rare que les patients commencent à évoquer leurs pensées en les nommant « mes passagers ». Progressivement,

la sensation que l'on peut avancer, même en présence de pensées barrières, se fait plus prégnante.

Le stade de football

Cette métaphore est une variante des « Passagers du bus ». Le principe est de présenter les pensées barrières comme des supporters d'une équipe adverse, dans un stade de football. Ceux-ci crient et insultent, affirment que leurs adversaires vont perdre, etc. Mais les joueurs ne s'arrêtent pas de jouer pour autant. Ils laissent les supporters adverses s'égosiller et font ce qu'ils peuvent pour remporter le match sur le terrain. S'ils s'arrêtaient pour répondre aux insultes, ils perdraient le match ou seraient expulsés.

La nappe de brouillard

Cette métaphore présente un parallèle entre la tendance à obéir à ses pensées barrières et la difficulté à conduire dans un brouillard épais. Elle convient particulièrement bien pour modifier la *fonction* de pensées dépressives (« *Je ne peux pas aller travailler car je suis trop triste* ») ou anxieuses (« *Je ne vais pas demander un congé à mon patron car cela me fait trop peur d'aller lui parler* »). Lorsque l'on conduit dans une nappe de brouillard, cela peut être très difficile et très dangereux, et l'on pourrait ainsi être tenté d'arrêter sa voiture et d'attendre que le brouillard se dissipe. Mais si l'on agit de cette manière, on ne se rend pas où l'on souhaite aller. Et le brouillard peut tout aussi bien rester sur la route toute la journée. À l'inverse, on peut décider d'avancer, quitte à rouler plus lentement, plus prudemment. Peut-être que plus loin, la nappe prendra fin. Ou peut-être pas. Mais dans tous les cas, on avancera dans la direction choisie.

Exercices

Certains des exercices présentés ci-dessous permettent au patient de développer une compétence à agir indépendamment de ses pensées et émotions « barrières ». D'autres exercices aident le patient à contacter les caractéristiques non arbitraires du langage pour encourager la distanciation.

Emmenez votre esprit en balade (Hayes et al., 1999)

Cet exercice consiste à proposer au patient de faire une promenade (cela fonctionne mieux à l'extérieur, où l'on a la possibilité de se déplacer dans différentes directions) au cours de laquelle le thérapeute formule à voix haute des commentaires et des injonctions à agir. De son côté, le patient a pour tâche de noter simplement ce que dit le thérapeute, sans chercher à discuter les commentaires ni agir selon les indications qui lui sont données. Le principe est ainsi de reproduire ce qui se passe dans la

tête du patient lorsqu'il a des pensées qui restreignent habituellement sa flexibilité, mais en se détachant, cette fois, du contenu de ces pensées.

Apprendre à agir indépendamment de ses pensées, même lorsqu'elles n'ont pas de valeur émotionnelle trop importante, est une étape utile pour parvenir à se distancer ensuite des pensées auxquelles il est plus difficile de désobéir. Le thérapeute peut donc aussi proposer au patient de faire l'exercice avec ses pensées habituelles. Par exemple, un patient souffrant d'un trouble obsessionnel-compulsif lié à la propreté peut avoir des pensées telles que « *Je dois me laver les mains* », « *Je dois laver de nouveau les draps* », « *Il faut qu'ils enlèvent leurs chaussures en entrant chez moi* », etc. Selon le lieu dans lequel il se trouve, le thérapeute adapte les injonctions pour les rendre aussi proches que possible de ce que le patient vit habituellement. De son côté, le patient s'entraîne à accroître la variété des actions qu'il peut réaliser en présence de ses pensées (par exemple, ne pas se laver les mains ou ouvrir un livre, etc.).

Il est important de ne pas apprendre au patient à faire systématiquement le contraire de ce que disent les pensées, car cela reviendrait également à restreindre la flexibilité. Le thérapeute encourage donc l'accroissement du répertoire de comportements en proposant au patient d'essayer différentes actions en présence d'une même pensée. De cette manière, il crée une *indépendance* et non une *réaction* par rapport aux pensées.

Il est possible d'employer cet exercice avec des patients souffrant de symptômes psychotiques (hallucinations, idées délirantes). Par exemple, un patient qui entend des voix lui intimant l'ordre de ne serrer la main de personne pour ne pas qu'on lui vole son âme s'entraîne ainsi à reconnaître leur présence, mais sans leur obéir. Plusieurs études ont montré des effets très positifs de ce type d'approche en termes de réduction des réhospitalisations (par exemple, Bach et Hayes, 2002).

Ne faites pas ce que vous dites !

Cet exercice est une variante d'« Emmenez votre esprit en balade ». Il consiste également à apprendre au patient à agir indépendamment de ses pensées. Le thérapeute effectue une série de gestes et demande au patient de dire à voix haute, après chacun de ses gestes, « *Je dois…* » en complétant par l'action que le thérapeute vient de réaliser, puis d'effectuer une action différente de ce qu'il déclare. Par exemple, si le thérapeute s'assied, le patient dit « *Je dois m'asseoir* » et lève les bras. L'exercice fonctionne mieux si le thérapeute effectue une dizaine de gestes avant de discuter avec le patient de ce qu'il a ressenti.

L'effet produit est proche du fameux effet Stroop qui apparaît lorsque l'on essaie de dire la couleur de l'encre avec laquelle le nom d'une couleur est écrit et que l'encre ne correspond pas au mot (par

exemple, ROUGE écrit en bleu). Le patient perçoit qu'il est difficile de ne pas obéir au langage, mais que cela est néanmoins possible, qu'il n'y a pas de lien de causalité indestructible entre pensée et action.

Ici également, il est important de ne pas apprendre au patient à faire systématiquement le *contraire* mais quelque chose de *différent* de ce qu'il dit. On remarque d'ailleurs souvent qu'il est plus facile de faire le contraire, tant le fait de déclarer à voix haute une action restreint la flexibilité. C'est un point qui peut être très intéressant à discuter avec les patients qui luttent contre leurs pensées en essayant de faire exactement l'inverse (par exemple, prendre la parole en public *en réaction* à la pensée « *Je ne parviendrai pas à parler en public* »). Bien que cela puisse constituer une exposition utile, il est préférable de développer la capacité du patient à s'orienter vers ses valeurs plutôt qu'en opposition à ses pensées difficiles. Le choix de s'exposer devrait donc toujours être motivé par un désir de se rapprocher de ses valeurs et non par celui de contredire ses pensées ou supprimer ses émotions.

Levez la main

Cet exercice est également proche des deux précédents mais a l'avantage d'être très bref, tout en étant très efficace. Le principe peut être présenté par le thérapeute de la manière suivante : « *Je voudrais vous demander de penser "Je ne peux pas lever la main". Simplement dans votre tête, sans rien dire, s'il vous plaît, formulez cette pensée : "Je ne peux pas lever la main." Et dès que cette pensée est présente, s'il vous plaît, indiquez-le-moi en levant la main.* »

Souvent, le patient saisit le but de l'exercice avant même de se prêter au jeu, mais il est plus efficace encore (et ludique !) d'aller au bout malgré tout.

« Et » au lieu de « mais »

Cet exercice a pour objectif de modifier la relation d'opposition établie par le langage entre événements psychologiques et actions. Par exemple, certains patients nous disent « *Je veux me lever le matin mais je m'en sens incapable car je suis trop triste* », « *J'aimerais passer la journée avec mes enfants mais je suis constamment assaillie de pensées obsédantes* », ou encore « *Mon rêve est de retrouver un travail mais je n'ai pas assez confiance en moi* ». Le thérapeute propose alors d'essayer de reformuler ces affirmations en remplaçant *mais* par *et*. Par exemple : « *Mon rêve est de retrouver un travail et je n'ai pas assez confiance en moi.* »

Le patient est encouragé à reformuler ses pensées de cette manière à chaque fois qu'une barrière psychologique apparaît, afin de percevoir que cette barrière est tout à fait arbitraire (langagière) et non physique, même si elle est souvent ressentie comme telle. L'idée véhiculée ici,

comme dans les exercices précédents, est que l'on peut agir en présence de pensées qui nous suggèrent que l'on en sera incapable. Il est possible simultanément d'avoir une pensée et de réaliser autre chose que ce qu'elle dit. Les deux événements sont indépendants l'un de l'autre.

J'ai la pensée que...

Cet exercice consiste, comme le précédent, à modifier la formulation de nos pensées pour favoriser la distanciation vis-à-vis de celles-ci. Les patients qui sont en fusion avec certaines pensées ont tendance à ne plus percevoir que le contenu de ces pensées ne reflète pas la réalité, ou pas toute la réalité, de ce qui se passe dans leur vie. Lorsqu'un patient se montre très rigide vis-à-vis d'une de ses pensées, par exemple « *Je n'y arriverai jamais* » ou « *Je ne suis pas assez intéressante pour trouver un partenaire* », lui proposer d'ajouter simplement « *J'ai la pensée que* » à cette affirmation (par exemple, « *J'ai la pensée que je n'y arriverai jamais* ») l'aide à se rappeler qu'il s'agit d'un produit de la machine à penser, et pas nécessairement de la réalité. La distanciation est créée ici sans pour autant discuter de la véracité du contenu des pensées. Le thérapeute adopte également de temps à autre cette manière de formuler le repérage de ses pensées. Il peut aussi se moquer gentiment de sa propre « machine à penser », ou mettre en évidence la rapidité de celle-ci : « *C'est amusant, vous venez de dire que nous avons vraiment connu un été pourri, et immédiatement j'ai eu la pensée que j'aurais vraiment dû accepter le poste qu'on m'a proposé dans le sud de la France ! J'ai pourtant choisi de vivre ici, mais ma pensée ne peut s'empêcher de me demander si je n'ai pas commis une erreur. Elle reviendra à la charge, j'en suis sûr !* »

Les paradoxes du langage

Il est possible d'utiliser une série de petits exemples pour montrer au patient que le langage peut produire toutes sortes d'idées cohérentes en apparence, mais qui nous conduisent à tenter de résoudre un problème en vain. L'objectif est de montrer au patient que notre pensée peut nous proposer des problèmes que, par habitude, l'on tente de résoudre même lorsqu'il n'y a pas de solution. Tenter de résoudre un paradoxe est un exercice sans fin dans lequel on s'abîme. C'est un exercice particulièrement utile pour aider les patients qui ont tendance à ruminer au sujet de problèmes qui ne peuvent être résolus parce que déjà passés ou purement hypothétiques (par exemple, dans les cas de stress post-traumatique ou de trouble anxieux généralisé), ou encore qui croient aveuglément leurs jugements sur eux-mêmes.

« *Je suis un menteur. Cette affirmation est-elle vraie ?* » Si elle est vraie, alors je suis un menteur. Et dans ce cas, je ne suis pas un menteur. Donc elle est fausse. Mais alors je ne suis pas un menteur, etc.

L'objectif ici est que le patient aborde cette question dans sa forme et non dans son contenu. Le thérapeute peut ainsi expliquer au patient que lorsqu'une pensée apparaît dans notre esprit, comme pour ce paradoxe, nous nous intéressons à ce qu'elle dit, alors qu'il est tout à fait possible de repérer sa forme, de voir que c'est une pensée, sans s'intéresser à son contenu, sans lui obéir, ni tenter de la contredire ou de se rassurer par rapport à elle.

« *Une voiture très bon marché est rare. Ce qui est rare est généralement cher. Donc une voiture très bon marché est cher.* » Il s'agit d'un exemple parmi de nombreux autres syllogismes qui « s'autodétruisent » et qui peuvent nous amener à réfléchir en vain pendant des heures entières si l'on tente de trouver une solution en considérant le contenu plutôt que la forme.

« *Cette phrase contient sept mots.* » Il s'agit ici d'un exemple de contradiction entre contenu et forme du langage. Apprécier ces deux niveaux d'appréhension peut être un bon exercice pour apprendre à considérer avec davantage de circonspection le contenu de ses pensées.

« Physicaliser »

Cet exercice consiste à demander au patient de décrire ses émotions, pensées ou sensations difficiles comme s'il s'agissait d'un objet qui aurait une forme, une couleur, une odeur, une certaine manière de bouger, etc. L'objectif est de matérialiser l'événement psychologique afin qu'il devienne ainsi quelque chose que l'on peut observer et mettre à distance, sans pour autant chercher à le supprimer ou s'en détourner.

Exemple :

Thérapeute : « Cette peur que vous ressentez très intensément lorsque vous sortez de votre appartement… S'il s'agissait de quelque chose que vous pouvez observer avec vos yeux, quelle couleur aurait-elle ? »

Patient : « Ce serait quelque chose de rouge vif, presque aveuglant, qui fait mal aux yeux. »

Thérapeute : « Et quelle forme a-t-elle, la peur que vous ressentez ? »

Patient : « C'est une boule, une boule énorme qui prend tout l'espace, qui m'écrase. »

Thérapeute : « Elle vous écrase… Comment fait-elle ? Comment bouge-t-elle, cette énorme boule rouge ? »

Patient : « Elle rebondit sur place, en faisant beaucoup de bruit, mais un bruit sourd. Il n'y a que moi qui l'entends mais ça résonne dans mes oreilles, je n'entends que ça. »

Chocolat-chocolat

Cet exercice consiste à proposer au patient de répéter un mot très vite pendant au moins quarante secondes à une minute afin qu'il perçoive

les sons qui composent ce mot (caractéristiques non arbitraires) au-delà du sens qui lui est attaché (établi par le langage).

Exemple :

Thérapeute : « Si je vous dis le mot *chocolat*, qu'est-ce que ça évoque pour vous ? »

Patient : « Quelque chose de très bon. »

Thérapeute : « Décrivez-moi les images, les sensations qui vous viennent quand vous entendez le mot chocolat. »

Patient : « Je vois une plaque de chocolat marron… Je sens l'odeur du chocolat fondu pour faire un gâteau… Je pense aux calories que ça fait, une plaque de chocolat ! Ça me fait saliver aussi… »

Thérapeute : « Je vous propose d'essayer un petit exercice amusant. S'il vous plaît, répétez très vite le mot *chocolat* sans vous arrêter, jusqu'à ce que je dise stop. »

Après avoir répété le mot pendant au moins quarante secondes à une minute :

Thérapeute : « Qu'est-ce que vous avez remarqué pendant que vous répétiez ce mot ? »

Patient : « Ça fait bizarre, vraiment. Au bout d'un moment, ça ne veut plus rien dire. On n'entend même plus le mot *chocolat* »

Thérapeute : « Qu'est-ce que vous entendiez à la place ? »

Patient : « Comme des sons… qui ne veulent rien dire »

Cet exercice peut être conduit aussi en utilisant un mot qui a un sens plus particulier pour le patient, comme par exemple *accident* pour une personne qui présente une phobie de la conduite automobile. Mais cet exercice doit être utilisé avec une attention particulière à la fonction qu'il sert. S'il ressemble, par sa forme, à un exercice d'habituation, l'objectif n'est cependant pas ici de faire disparaître l'émotion déclenchée par un mot, même si cela peut intervenir temporairement[2]. Le but est de permettre au patient de percevoir qu'un mot n'est au fond qu'une suite de sons à laquelle un sens a été ajouté par le langage, et que ce mot ne constitue pas une indication automatique à agir, par exemple à chercher à s'en distraire. Si le patient parvient, lorsque le mot *accident* traverse sa pensée, à se dire « *Ça me fait très peur de penser à cela, mais ce n'est qu'un mot, je ne suis pas obligé de me forcer à penser à autre chose* », alors l'exercice atteint son objectif.

Si le patient indique que la peur du mot a diminué, il peut être utile de discuter du risque d'employer cet exercice pour se débarrasser de ses émotions. Si l'on devait répéter encore et encore tous les mots qui évoquent quelque chose de douloureux, cela occuperait sûrement

2. Une étude a montré que lorsque l'on effectue cet exercice, la diminution de l'émotion et de la signification liées au mot répété n'interviennent pas en même temps, ce qui suggère qu'il s'agit bien de deux processus distincts (Masuda et al., 2009).

beaucoup de notre temps. De plus, l'émotion reviendrait probablement assez rapidement car le sens véhiculé par un mot est constamment renforcé au cours de nos innombrables interactions verbales.

Dites-le dans une autre langue

Cet exercice permet au patient de percevoir à quel point la flexibilité psychologique peut se restreindre en présence de mots (qui peuvent être inclus dans les pensées) alors même qu'il ne s'agit pas d'événements physiques dangereux. Il aide le patient à se distancer de ses pensées en réapprenant le caractère arbitraire du langage.

Le thérapeute doit d'abord repérer une pensée source de perte de flexibilité chez son patient, par exemple « *Je dois absolument boire pour me sentir bien* ». Puis il engage l'échange suivant :
Thérapeute : « Je vais écrire une phrase sur cette feuille et je vous demanderai ensuite de la lire à voix haute, si vous êtes d'accord. »

Le thérapeute écrit la phrase « *Je dois absolument boire pour me sentir bien* » mais dans une langue différente, que le patient ne connaît pas[3]. Ici par exemple, le thérapeute écrit la phrase en chinois « *wǒ qiānwàn yīnggāi hē shuǐ, yàobùrán wǒ juédé bù shu¯fu* ».
Thérapeute : « Pouvez-vous lire cette phrase ? »
Patient : « Je ne suis pas sûr de prononcer correctement, je ne vois pas ce que ça veut dire mais oui : "*wǒ qia¯nwàn yīngga¯i hē shuǐ, yàobùrán wǒ juédé bù shu¯fu*". »
Thérapeute : « Est-ce que vous pouvez me décrire ce que vous ressentez en lisant cette phrase ? »
Patient : « Pas grand-chose. Ça ne signifie rien pour moi. C'est juste des sons qui n'évoquent rien de particulier. »
Thérapeute : « Est-ce que vous ressentez l'envie de faire quelque chose de particulier en lisant cette phrase, ou une émotion particulière ? »
Patient : « Non, rien de spécial. »
Le thérapeute écrit alors la phrase en français et la montre à son patient.
Thérapeute : « Si vous êtes d'accord, pouvez-vous s'il vous plaît lire cette phrase à présent ? »
Patient : « "*Je dois absolument boire pour me sentir bien.*" C'est ça que la phrase précédente voulait dire ? »
Thérapeute : « Oui, en fait, c'est exactement la même chose, sauf que la phrase précédente était écrite en chinois. Qu'avez-vous ressenti, cette fois, en lisant la seconde phrase ? »

3. Cela implique donc de préparer l'exercice avant la séance durant laquelle on veut le réaliser car il est plus sûr d'employer une langue que peu de gens parlent, comme l'islandais ou le japonais. On peut facilement utiliser des logiciels de traduction gratuits sur Internet et il n'est pas nécessaire de trouver une traduction absolument parfaite.

Patient : « C'est désagréable, c'est ce que je me dis tout le temps. »
Thérapeute : « Lorsque vous avez cette pensée qui vous vient, il semble que ce soit très difficile pour vous de ne pas réagir. Un peu comme un ordre auquel vous ne pouvez pas désobéir, c'est bien ça ? »
Patient : « Oui, ça tourne en boucle, je me sens déprimé et il faut que je boive pour que ça s'arrête. »
Thérapeute : « Est-ce que vous percevez que cette pensée, formulée dans une autre langue, n'entraîne plus la sensation que vous devez lui obéir ? »
Patient : « C'est comme de savoir ce que ça signifie, mais ça n'a pas le même impact, je crois. »

Dans cet exercice, on perçoit bien que l'objectif est de faire vivre une expérience particulière au patient qu'il généralisera, et non de modifier directement l'appréhension de la pensée sur laquelle porte l'exercice.

Dites-le avec une voix différente, en chantant ou sous forme de question

Cet exercice consiste à modifier la forme d'une pensée pour faciliter la distanciation vis-à-vis du contenu. Lorsque le patient rapporte une pensée difficile, par exemple une pensée qu'il perçoit comme un obstacle en travers de son chemin vers ses valeurs (« *Je suis trop déprimé pour sortir* »), le thérapeute lui propose d'exprimer cette pensée en imitant la voix d'une personne célèbre ou d'un personnage de dessin animé (Bugs Bunny, par exemple). En se prêtant au jeu, le patient prend souvent tout à coup le contenu de sa pensée beaucoup moins sérieusement. Il est très important toutefois de ne pas ridiculiser le patient en présentant l'exercice, surtout lorsque cette pensée véhicule des émotions très difficiles. Le but n'est pas de transmettre l'idée qu'il est stupide d'avoir une telle pensée mais de créer un contexte dans lequel cette pensée peut être considérée avec davantage de légèreté. Donner d'abord un exemple à propos de soi-même peut être un bon moyen d'éviter que le patient ne se sente pas pris au sérieux. Par exemple :
Thérapeute : « Parfois quand je me lève le matin, je me dis que cela va être une mauvaise journée, alors je m'amuse à dire cela à voix haute en parlant comme Bugs Bunny. Et alors, même si j'ai toujours l'idée que cela va être une mauvaise journée, je me rappelle que ce n'est qu'une pensée parmi beaucoup d'autres qui me passent par la tête. Et je me dis "*Oui, oui Bugs Bunny, peut-être… On verra bien. En attendant, je vais aller travailler !*" ».

Bien sûr, cet exercice peut varier à l'infini. Le thérapeute peut par exemple proposer à son patient d'exprimer sa pensée en chantant, ou avec une voix beaucoup plus grave ou aiguë, sur un rythme plus lent ou plus rapide.

Une approche similaire consiste à écrire la pensée du patient sur une feuille et ajouter un point d'interrogation (exemple : « *Je suis trop déprimé pour sortir* » devient « *Je suis trop déprimé pour sortir ?* »). Cette très simple modification du contexte peut contribuer à augmenter la flexibilité du patient au contact de cette pensée. Il est préférable de ne pas changer l'ordre des mots pour transformer la phrase en une question qui attendrait une réponse (« *Suis-je trop déprimé pour sortir ?* ») car cela pourrait entraîner une discussion argumentée concernant le contenu de la pensée. Le but n'étant pas de savoir si la pensée est vraie ou non, la fonction de l'exercice serait faussée. Ajouter simplement un point d'interrogation revient à laisser en suspens la pensée, sans chercher à y répondre, comme si, précisément, celle-ci n'avait pas vraiment d'importance.

Exemple clinique

Christophe vient consulter car son épouse se plaint de ses crises de colère. Il reconnaît être très irritable et susceptible mais précise souvent lors des entretiens que cela s'explique par le fait que les gens ne le comprennent pas et ne le prennent pas assez en considération. Il a la sensation de ne pas être respecté et ne supporte pas qu'on le juge. Il explique aussi que, souvent, il trouve que les gens ne font pas leur travail correctement. Dans sa vie quotidienne, cela semble avoir un impact important sur sa relation avec sa famille et ses collègues de travail.

L'extrait suivant montre comment le thérapeute atténue la cohérence des justifications fournies par le patient à propos de ses comportements ; il travaille également sur l'utilité de suivre certaines pensées transmettant des règles rigides, sans pour autant tenter de changer leur contenu. Notons que cet extrait comporte des éléments de désespoir créatif (voir Chapitre 3, « Déclencher une prise de conscience de l'inutilité et des risques de la lutte »), mais ici, il vise moins l'abandon de l'évitement expérientiel que la défusion vis-à-vis de certaines règles.

Dans cet exemple, plusieurs techniques présentées dans ce chapitre pourraient être employées. Nous faisons cependant le choix de n'en employer aucune spécifiquement ici, afin d'illustrer comment une utilisation du langage particulière peut servir la défusion dans l'échange avec le patient.

Thérapeute : « Que ressentez-vous lorsque votre collègue vous propose de modifier une partie de votre travail ? »

Patient : « Je me sens insulté. Il faut savoir que je suis plus qualifié que lui ! Il cherche à me montrer qu'il est plus compétent, mais ce n'est pas la qualité du travail qui l'intéresse, en fait. »

Thérapeute : « Je crois que je vois ce que vous voulez dire. Parfois, moi aussi, je suis irrité quand on me contredit. J'ai l'impression que

l'argument qui m'est opposé attaque directement ce que je suis. Est-ce que cela ressemble à ce que vous ressentez ? »

Il est particulièrement utile de donner un exemple personnel lorsque le patient se montre très rigide. C'est une bonne manière de lui montrer que l'on ne le juge pas et de ne pas entrer dans un jeu de contre-argumentation qui serait inefficace.

Patient : « C'est à peu près ça oui, les critiques qui me sont faites sont comme des taches sur mes vêtements et il n'est pas question que je me laisse salir. »

Thérapeute : « Et alors, qu'est-ce que vous faites pour laver ces taches ? »

Patient : « Je dis ce que j'ai à dire, je ne me laisse pas faire, même si ça tourne en dispute. Quand on a raison, il ne faut pas se taire ! »

Le patient décrit ici une règle très rigide en employant « il faut » sans que cela soit clairement connecté à une valeur. Pour évaluer si suivre une telle règle est utile au patient, le thérapeute va donc travailler sur la valeur qui pourrait lui être associée.

Thérapeute : « Est-ce que c'est important pour vous que votre collègue sache que vous avez raison ? »

Patient : « Oui, je ne peux être respecté de nouveau qu'après qu'il ait admis avoir tort. »

Thérapeute : « Donc, ce que vous me dites, c'est que ce qui est important pour vous, c'est d'être respecté. »

Patient : « Oui, je trouve que je ne suis pas assez respecté dans mon travail, absolument. C'est injuste parce que je travaille sûrement beaucoup plus que les autres. »

Le thérapeute va travailler à présent sur l'utilité pour le patient de suivre la règle « Je dois prouver que j'ai raison pour être respecté » à servir la valeur « être respecté » (sans chercher à évaluer si le patient a raison ou non sur le fond et le choix de cette valeur).

Thérapeute : « Vous m'avez dit aussi que les disputes que vous avez au travail vous ont isolé des autres collègues. »

Patient : « Oui, je crois que c'est malheureusement le lot de ceux qui ne se laissent pas marcher sur les pieds. »

Thérapeute : « Est-ce que vous sentez que vos collègues vous respectent malgré tout ? »

Patient : « Non, pas du tout, ils ne me demandent jamais mon avis. Ils n'ont aucune considération pour ce que j'ai à dire à propos des projets collectifs. »

Thérapeute : « Ce que vous me décrivez me fait beaucoup de peine, parce que d'après ce que vous me dites, pour être respecté, il faut que les autres reconnaissent que vous avez raison. Et en même temps, lorsque vous vous engagez dans ce type de débat avec vos collègues, le résultat est que vous êtes isolé, que vos collègues ne vous respectent pas, et qu'ils ne prennent plus votre avis finalement. »

Patient : « Oui, c'est ma vie de tous les jours ! »

Le thérapeute a exprimé une réelle empathie pour son patient qui se trouve littéralement coincé dans une logique contre-productive. Puis il a reformulé la situation du patient de telle manière que le paradoxe soit davantage apparent.

Thérapeute : « Je comprends que pour vous, c'est très important de faire admettre aux autres que vous avez raison afin qu'ils vous respectent. Ce que je me demande, c'est si ce principe est utile pour vous. »

Patient : « Utile pour quoi faire ? »

Thérapeute : « Oui, c'est ce que je me demande, en fait. »

Patient : « Vous voulez dire que j'ai tort d'agir comme je le fais, tort de suivre ce principe ? Mais c'est important d'avoir des principes, non ? »

Thérapeute : « Je pense que vous êtes la seule personne pour en juger, parce qu'avoir tort ou raison dépend de ce que vous voulez, de ce qui compte vraiment pour vous. »

Patient : « Je veux être respecté. »

Thérapeute : « Et s'il y avait un choix à faire entre suivre votre principe et être respecté ? »

Comme souvent dans les échanges reposant sur le désespoir créatif, il arrive qu'on laisse certaines questions en suspens pour un temps. Il est tentant de donner les réponses au patient, mais le changement n'intervient généralement de manière efficace que s'il parvient lui-même à ses conclusions. L'expression de l'empathie s'avère alors indispensable pour ne pas laisser le patient dans une situation d'abandon (voir Chapitre 12, « Développer la relation thérapeutique et l'empathie »).

Chapitre 8

Au-delà du langage, simplement percevoir

Alors que la défusion cognitive représente un véritable travail de déconstruction du langage, l'approche présentée dans ce chapitre vise plutôt à laisser de côté le langage. L'objectif est d'accroître l'attention portée sur tout ce qui nous entoure, aussi bien les événements et objets de notre environnement externe que nos événements psychologiques (pensées, sensations, émotions), sans se laisser entraîner par les évaluations produites par la pensée. Ce travail permet de développer la capacité des patients à se remettre au **contact de l'instant présent** lorsque cela les aide à se rapprocher de leurs valeurs. La méthodologie employée par l'ACT sera présentée ici au travers des exercices et des métaphores que le thérapeute peut proposer à son patient, mais en considérant aussi la manière avec laquelle les échanges sont conduits en séance – en particulier, le rythme.

Observer plutôt que manipuler du langage

Avec la troisième vague des thérapies cognitives et comportementales, c'est tout un ensemble de modèles thérapeutiques qui s'est intéressé à ce qu'on appelle la *pleine conscience*, c'est-à-dire l'habileté à porter son attention sans jugement dans l'instant présent. Les exercices employés consistent généralement à observer sensations et pensées, le plus souvent les yeux fermés, pour faciliter la focalisation sur ces sources de stimulation. L'objectif central est de ramener inlassablement son attention sur ces perceptions, particulièrement lorsque la pensée conduit à les analyser ou à en débattre. Jon Kabat-Zinn a été le premier à importer ces techniques de méditation pratiquées dans le bouddhisme au sein d'une méthodologie psychothérapeutique (dans la thérapie de réduction du stress basée sur la pleine conscience ; Kabat-Zinn, 1990). Depuis, la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (Segal et al., 2002), la thérapie comportementale dialectique (Linehan, 1993) ou encore la thérapie métacognitive (Wells, 2005) ont toutes intégré des techniques visant à développer l'attention portée dans l'instant présent.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

L'ACT a également emprunté ce chemin, mais en s'appuyant sur un modèle théorique qui lui est propre. Sur le plan pratique, les techniques employées dans ces différentes approches sont très similaires et peuvent assez facilement être échangées, pourvu que la fonction servie soit bien d'accroître le contact avec l'instant présent afin d'atténuer les effets problématiques du langage.

La fonction de l'observation

Développer le contact avec l'instant présent peut permettre d'atteindre différents objectifs en thérapie. Deux fonctions sont particulièrement importantes dans l'ACT : favoriser l'acceptation des émotions et augmenter le contact avec les valeurs. C'est pour cette raison que, dans la représentation schématique du modèle (l'Hexaflex, voir Chapitre 1, « Au-delà du langage, la flexibilité psychologique »), le contact avec l'instant présent se trouve au centre, entre la partie gauche qui vise à diminuer l'évitement expérientiel et la partie droite qui vise à accroître l'approche valorisée.

Lorsque l'évitement expérientiel est la cible, plusieurs types de difficultés sont observés chez les patients. Il peut s'agir de micro-évitements intervenant très rapidement lorsque des émotions douloureuses sont évoquées en séance. Dans ce cas, le patient n'a souvent pas conscience de s'engager dans des évitements. Par exemple, il change de sujet rapidement lorsqu'une situation difficile est abordée en entretien, ou reste très évasif dans la description de ce qu'il ressent. Voici un exemple d'échange qui illustre ce type de problème avec une patiente souffrant de dépression :

Thérapeute : « Comment s'est passée cette semaine ? »
Patiente : « Eh bien, c'est allé à peu près. Enfin, ça reste assez difficile. »
Thérapeute : « Quelles situations ont été particulièrement difficiles pour vous cette semaine ? »
Patiente : « Oh, c'est un peu tout, vous savez. Les choses ne s'arrangent pas. » *La patiente a les larmes aux yeux. Elle prend une profonde inspiration et poursuit.* « Mais aujourd'hui ça va plutôt pas mal en fait, il fait beau, ça remonte le moral. »

Ici, la patiente a évoqué très brièvement des événements qui ont probablement été source d'émotions difficiles durant la semaine. Leur simple évocation semble d'ailleurs déclencher de la tristesse. Mais elle ne s'attarde pas et tente de remplacer l'émotion qu'elle est en train de ressentir en inspirant profondément et en abordant un autre sujet.

Lorsque les patients ne s'attardent pas sur les émotions qu'ils ressentent, cela constitue souvent le signe qu'ils ont des difficultés à les vivre pleinement sans chercher à les supprimer. Et cela a pour conséquence de les rendre encore plus douloureuses et envahissantes (voir Chapitre 2,

« La lutte permanente pour éviter les émotions négatives »). Développer l'attention dans l'instant présent et la capacité à décrire ses émotions peut alors être très utile : le patient est amené à rester en contact avec ce qu'il ressent et les échappements sont « bloqués » de façon naturelle.

Dans certains cas, le patient éprouve de réelles difficultés à décrire ses émotions ou, même, à être en contact avec elles. Il peut s'agir d'un évitement tellement ancré dans le répertoire comportemental que le contact avec l'émotion est pour ainsi dire inexistant. Il est également possible que ce soit le fruit d'une histoire d'apprentissage qui n'a pas favorisé le repérage et la description des émotions, comme dans les environnements familiaux qui punissent l'expression des émotions, par exemple. C'est le cas des patients alexithymiques. Il peut alors être très difficile pour le thérapeute d'avoir un échange élaboré avec son patient au sujet de ses émotions. Aux questions portant sur ce qu'il ressent dans l'instant présent ou a ressenti dans une situation passée, ce dernier répond par exemple qu'il « ne sait pas » ou qu'il « ne ressent rien ». Qu'il s'agisse d'un évitement expérientiel ou d'un défaut d'apprentissage, le travail sur l'instant présent sera généralement très profitable au patient.

Lorsque le manque de contact avec l'instant présent constitue un problème pour clarifier ou approcher les valeurs, on observe également des patients qui décrivent avec difficulté ce qu'ils ressentent ou semblent ne rien éprouver du tout, même dans une situation qui apparaît pourtant connectée à l'une de leurs valeurs. Il n'est pas rare, par exemple, que les patients souffrant de troubles anxieux ou dépressifs soient si préoccupés par leurs pensées inquiétantes, obsédantes ou dépressives, que rien dans leur environnement ne peut générer d'émotions positives. Voici un exemple d'échange avec un patient souffrant de trouble obsessionnel-compulsif avec rituels mentaux :

Thérapeute : « Comment se sont passées vos vacances ? »
Patient : « Il y avait toute la famille. Ils étaient contents, je crois. »
Thérapeute : « Et pour vous, comment cela s'est-il passé ? »
Patient : « Je n'ai pas trop profité. J'ai passé beaucoup de temps à réfléchir, à m'inquiéter. »
Thérapeute : « Oui, c'est la difficulté que vous décrivez très souvent. Je sais que c'est difficile pour vous. Pouvez-vous essayer de me parler d'un moment que vous avez apprécié, même un très bref moment ? »
Patient : « On a fêté l'anniversaire de ma fille. C'était un bon moment pour la famille. »
Thérapeute : « Est-ce que c'est quelque chose qui vous a rendu heureux, d'être avec votre famille pour ce moment particulier ? »
Patient : « Je crois, oui. Enfin, je sais que c'est censé être un moment agréable, mais à ce moment-là, je pensais plutôt à ce qui me préoccupait. »

Ici encore, entraîner la compétence à se recentrer sur l'instant présent aidera les patients à se rapprocher et à développer de nouvelles sources de satisfaction. En étant davantage conscient de ce qui se passe dans l'instant, on donne le temps aux émotions déclenchées par le contact avec les valeurs de se développer. Les pensées difficiles ne seront pas supprimées, mais la variété des événements qui constitue la vie psychologique sera accrue, avec pour conséquence positive d'enrichir la flexibilité.

Favoriser l'observation

Le développement des compétences d'observation dans l'instant présent s'appuie en grande partie sur une pratique régulière d'exercices que le patient effectue en séance avec le thérapeute ou chez lui. Ces exercices consistent généralement à demander au patient d'observer les pensées, émotions et sensations qui le parcourent, parfois alors qu'un objet ou une image lui sont présentés, ou en laissant simplement libre cours à sa pensée. Nous présentons dans ce chapitre une série d'exemples et de nombreux autres exercices sont disponibles gratuitement sur différents sites Internet (voir par exemple www.cps-emotions.be/mindfulness). Mais au-delà des techniques particulières, il est important de considérer quelques principes régissant la manière dont celles-ci sont construites et présentées au patient.

Parce que l'objectif est de se détacher du langage, délivrer les instructions est souvent un exercice délicat. Certains exercices contiennent une simple consigne en introduction, puis engagent l'observation pour une durée de quelques secondes à plusieurs dizaines de minutes. D'autres consistent à guider le patient tout au long de la pratique. Cela peut avoir pour effet de perturber l'attention ou, au contraire, lui permettre de se recentrer sur l'instant présent. Mais même si l'attention est entraînée dans le futur ou le passé en raison des instructions, cela peut constituer en soi un mouvement de la pensée à remarquer et à observer, ce qui représente le socle même de la pratique de la pleine conscience.

Le rythme avec lequel les instructions sont délivrées est également important. On privilégiera plutôt un rythme lent et posé qui favorisera le ralentissement et l'observation dans l'instant. La durée des exercices peut être très variable et il n'y a aucune règle rigide qui puisse être donnée de ce point de vue. Certains patients profiteront d'exercices très brefs qu'ils peuvent reproduire à plusieurs moments de la journée, tandis que d'autres préféreront planifier un temps relativement long (30 minutes ou plus) tous les matins, par exemple. Le thérapeute doit donc ajuster ses exercices en fonction de l'efficacité qu'il souhaite obtenir en termes de flexibilité à se remettre au contact de l'instant présent, lorsque cela est utile pour le patient.

Mais les exercices formels ne constituent pas la seule approche pour développer le contact avec l'instant présent en thérapie. La manière avec laquelle le thérapeute conduit les échanges avec son patient, ainsi que les questions qu'il lui pose au sujet de ce qu'il ressent, peuvent l'aider à observer ses émotions, pensées et sensations avec davantage de curiosité. Elles peuvent aussi l'aider à laisser passer, au moins pour quelque temps, les jugements que sa pensée produit à propos de ses événements psychologiques. L'un des leviers les plus efficaces dont le thérapeute dispose est le *rythme* de sa parole. Plus son rythme sera lent, et plus il entraînera avec lui l'attention de son patient sur ce qui se passe dans le présent. Cela est particulièrement utile avec des patients qui parlent très vite ou changent de sujet fréquemment (ce qui constitue souvent une forme d'évitement expérientiel). S'il n'y a pas de règle absolue à suivre en matière de rythme, on remarque toutefois que le thérapeute est rarement trop lent. Lorsqu'il délivre les instructions d'un exercice de pleine conscience ou qu'il amène le patient à décrire ses émotions, plus il prendra son temps et plus les chances que le patient fasse effectivement l'expérience des événements psychologiques qui le traversent seront grandes. Comme pour l'ensemble des processus de l'ACT, le thérapeute modèle le contact avec l'instant présent en étant lui-même pleinement conscient de ce qui se passe, dans le présent, au cours de la séance. Cela peut aussi se traduire par le partage avec le patient de ce que le thérapeute ressent (voir plus loin « Exemple clinique »).

L'échange suivant illustre comment le thérapeute amène sa patiente à observer ses émotions, en lui posant des questions sur ce qu'elle ressent dans l'instant. Il s'agit de la suite de l'échange présenté plus haut avec la patiente souffrant de dépression. Nous reproduisons d'abord les deux dernières répliques.

Thérapeute : « Quelles situations ont été particulièrement difficiles pour vous cette semaine ? »

Patiente : « Oh, c'est un peu tout, vous savez. Les choses ne s'arrangent pas. » *La patiente a les larmes aux yeux. Elle prend une profonde inspiration et poursuit.* « Mais aujourd'hui ça va plutôt pas mal en fait, il fait beau, ça remonte le moral. »

Ici, le thérapeute pourrait être tenté de renforcer l'émotion positive en poursuivant sur ce sujet. S'il considère que cela va aider sa patiente à se rapprocher de ses valeurs, cela peut être une approche utile. Mais s'il a repéré que sa patiente a tendance à éviter ses émotions négatives, alors il y a de grandes chances que changer de sujet soit une partie du problème. Il fera donc ici le choix de ramener la patiente vers ce qu'elle ressent à propos de cette semaine difficile, par exemple de la manière suivante :

Thérapeute : « Vous avez l'air triste en évoquant cette semaine… »
Patiente : « J'essaie de ne pas trop y penser, parce que sinon, je me mets à pleurer. »
Thérapeute : « C'est vrai, c'est difficile de penser à des choses tristes. Et[1] je crois que cela pourrait nous aider tous les deux à mieux percevoir ce que vous ressentez. Est-ce que vous seriez d'accord de prendre un peu de temps pour observer ensemble ce que vous ressentez en pensant à cette semaine difficile ? »
Patiente : « Il y a certaines choses qui se sont passées qui sont vraiment douloureuses à revivre. »

En employant le terme « douloureux », la patiente débute une description de ce qu'elle ressent. Le thérapeute peut s'appuyer sur cela pour affiner l'observation en s'intéressant par exemple aux sensations corporelles associées à cette émotion.
Thérapeute : « C'est douloureux… Est-ce que c'est quelque chose que vous ressentez quelque part dans votre corps ? »
Patiente : « C'est comme une crampe dans la gorge. »

Le thérapeute peut ainsi continuer à aider sa patiente à observer ses événements psychologiques en explorant avec elle les diverses facettes de ce qu'elle ressent. Il est très important de prendre son temps dans ce type d'échange. Poser une ou deux questions sur ce qui est ressenti n'est pas suffisant pour favoriser l'observation et l'acceptation chez des patients qui ont pour habitude d'éviter ou d'être entraînés loin du présent par leurs pensées. Un échange de ce type peut donc tout à fait durer une dizaine de minutes, voire davantage.

Observer n'est pas éviter

Lorsque les patients pratiquent les exercices de pleine conscience, il n'est pas rare qu'ils rapportent se sentir moins stressés, moins anxieux ou plus détendus. Si ce sub-effet est évidemment très bien vécu par les patients, le thérapeute doit cependant s'assurer que les exercices n'entrent pas dans une stratégie d'évitement expérientiel. Il n'y a pas de contre-indication à chercher à se détendre, tant que cela n'éloigne pas des valeurs. Mais si le patient se recentre par exemple sur sa respiration lorsqu'il ressent une émotion difficile pour ne plus ressentir cette émotion et pour se distraire des sources de cette émotion, alors cela peut devenir problématique. Imaginons un patient anxieux lorsqu'il doit prendre la parole en public. S'il s'engage dans l'observation de sa

1. L'emploi de « et » au début de cette phrase peut paraître inhabituel au lecteur. Dans le langage courant, on dirait sans doute plutôt « *Mais* je crois que cela pourrait nous aider… ». Le thérapeute préfère ici dire « et » pour ne pas renforcer l'idée que l'émotion difficile est une barrière. Cela constitue un exemple d'emploi du langage favorisant la défusion.

respiration avant de prendre la parole dans le but de ne pas penser à ce qui va se passer ensuite, il perd l'occasion d'écouter ce que les autres sont en train de dire avant lui, par exemple. Il s'agit alors d'un évitement peu constructif. De plus, il est fort probable que les effets contre-productifs de l'évitement expérientiel apparaissent avec cette technique, comme avec toutes les autres techniques qu'il a pu employer par le passé. La pleine conscience n'est donc pas équivalente à la relaxation, même si certains exercices peuvent adopter une forme et avoir des sub-effets similaires. Lorsque les patients rapportent cet effet de relaxation après un exercice de pleine conscience, le thérapeute peut directement aborder la question en s'assurant que l'exercice n'est pas compris comme une nouvelle technique d'évitement. Il peut aussi choisir de ne pas relever cet élément et de plutôt renforcer la description du ressenti.

Contact avec l'instant présent : métaphores et exercices

Métaphores

Si l'habileté à contacter l'instant présent se développe plutôt à partir d'exercices qu'avec des métaphores, employer ces dernières avec le patient permet de lui faire percevoir l'utilité d'observer ce qui se passe dans l'instant présent et de s'entraîner à laisser passer les évaluations et jugements produits par le langage. Un exemple en est donné ci-après.

Le GPS

Cette métaphore propose un parallèle entre conduire une voiture en étant uniquement guidé par un GPS et agir en ne suivant que ses pensées. Elle peut être présentée de la façon suivante :
Thérapeute : « Est-ce que vous avez un GPS dans votre voiture ? »
Patient : « Oui. »
Thérapeute : « Vous avez remarqué comme c'est pratique ? On n'a même plus besoin de se poser de questions pour se diriger. Quand on arrive dans une ville qu'on ne connaît pas et qu'on doit se rendre quelque part, ce n'est pas la peine de regarder les panneaux, de vérifier qu'on est sur la bonne direction, le GPS nous corrige immédiatement si on fait une erreur. »
Patient : « Oui, c'est vrai. Je l'utilise très souvent. Même dans les villes que je connais bien, parce que le GPS trouve des itinéraires plus efficaces, souvent. »
Thérapeute : « Oui, c'est vraiment très efficace. Mais est-ce que cela vous est déjà arrivé que le GPS ne soit pas parfaitement à jour ou qu'il y ait des travaux sur la voie que le GPS n'a pas détectés ? »

Patient : « Oui, c'est le problème. Assez souvent en fait. Il faut quand même garder un œil sur la route, c'est sûr. »
Thérapeute : « Imaginez que l'on écoute uniquement ce que dit le GPS, qu'est-ce qui se passerait ? »
Patient : « On pourrait se tromper de route. »
Thérapeute : « Oui, on pourrait peut-être même avoir des accidents. Ce qui se passe avec nos pensées, c'est un peu la même chose. Lorsqu'on les écoute, la plupart du temps cela fonctionne plutôt bien. Mais parfois, cela ne nous conduit pas du tout ou l'on voudrait aller. Vous m'avez dit que pour vous, par exemple, il est très important que vous ayez de meilleures relations avec votre épouse, que vous vous sentiez plus proche d'elle. Est-ce qu'on peut dire que c'est la direction que vous avez choisie ? »
Patient : « Oui, c'est cela. Qu'on ne se dispute pas autant et qu'on ait des moments agréables ensemble plus souvent. »
Thérapeute : « Et ce que vous m'avez dit, c'est que souvent dans les échanges que vous avez avec votre femme, vous avez du mal à savoir quoi faire pour que les moments que vous passez ensemble soient agréables plutôt que cela tourne en dispute. »
Patient : « Oui, quoi que je fasse, ça ne marche pas. Alors je n'essaie plus vraiment. »
Thérapeute : « Je me demande si ce que vous venez juste de dire, ce ne serait pas une pensée qui fonctionne un peu comme un GPS que vous suivez aveuglément, justement. »
Patient : « Qu'est-ce que vous voulez dire ? »
Thérapeute : « Eh bien, je me rappelle que le mois dernier, par exemple, vous m'avez raconté qu'en rentrant du travail, vous vous êtes arrêté pour acheter des fleurs pour votre femme et qu'elle a été très contente. »
Patient : « Oui, c'est vrai. Mais c'est vraiment rare, des moments comme ça. »
Thérapeute : « Je pourrais essayer de trouver d'autres moments qui se sont bien passés, mais je crois que la question n'est pas que je m'en aperçoive et m'en rappelle, moi. Ce qui est le plus utile pour vous, c'est de remarquer ce qui fonctionne dans les différentes choses que vous essayez avec votre femme. Quand vous avez la pensée que rien ne marche, quoi que vous fassiez, j'ai la sensation que c'est un peu comme quand le GPS n'est pas à jour. Il nous donne des informations qui ne correspondent pas à ce qui se passe ici et maintenant, et cela nous emmène dans une direction qu'on n'a pas choisie. Qu'est-ce que la pensée "*Rien ne marche quoi que je fasse*" vous amène à faire ? »
Patient : « À ne plus rien essayer. Mais j'ai vraiment la sensation d'avoir tout essayé, que rien ne marche. »

Thérapeute : « Je comprends que cette sensation soit désespérante pour vous. Peut-être qu'en travaillant ensemble à développer votre capacité d'observation de ce qui se passe entre votre femme et vous, vous pourriez percevoir de nouvelles choses et être moins dépendant du GPS quand il n'est pas à jour. Ce serait un peu comme d'apprendre à garder un œil sur la route, comme vous disiez tout à l'heure. »

Exercices

Les exercices visant à développer les compétences d'observation dans l'instant présent sont extrêmement nombreux, notamment parce que de nombreux modèles thérapeutiques emploient aujourd'hui ce processus et construisent leurs propres techniques (beaucoup de ceux présentés ci-dessous proviennent de la thérapie de réduction du stress basée sur la pleine conscience). La particularité de l'ACT est d'invoquer fréquemment une activité d'imagerie mentale et non uniquement de demander aux patients d'observer les pensées qui leur viennent spontanément à l'esprit. Cela a pour but de varier les contextes dans lesquels l'observation dans l'instant présent est entraînée et ainsi de favoriser la généralisation de cette habileté.

Les pensées comme des feuilles flottant sur une rivière

L'exercice consiste à proposer au patient de fermer les yeux et de s'imaginer assis au bord d'une rivière en automne. Il imagine les feuilles mortes des arbres tombant dans l'eau et entraînées doucement par le courant. La consigne est alors de placer chaque pensée qui le traverse sur une nouvelle feuille, comme s'il écrivait une phrase ou un mot dessus. Il peut aussi tout simplement placer l'image de sa pensée sur la feuille. Si sa pensée l'amène à visualiser autre chose, il place cette pensée sur une feuille. S'il se pose des questions au sujet de l'exercice, il place également cette pensée sur une feuille. Chaque pensée est ainsi déposée sur une feuille qui part alors avec le courant, sans que l'on cherche à la retenir.

Si, à un moment donné, le patient s'aperçoit qu'il n'est plus en train de déposer ses pensées sur les feuilles, ou qu'il ne visualise même plus la rivière, cela signifie qu'il n'est plus dans l'instant présent, mais en fusion avec ses pensées. Il ramène alors son attention à l'exercice et place de nouveau chacune de ses pensées sur les feuilles flottant dans la rivière.

Cet exercice est particulièrement intéressant car, tout en restant relativement simple, il comporte également des éléments de défusion et de changement de perspective (impliqué dans le soi comme contexte ; voir Chapitre 9, « Le soi comme contexte des événements psychologiques »). En effet, en plaçant les pensées sur les feuilles, on apprend à se distinguer de ses pensées et à les observer de façon distanciée.

Le balayage corporel

Cet exercice amène le patient à focaliser son attention sur les sensations qui lui parviennent des différentes parties de son corps. L'intérêt de cette approche est que les sensations corporelles se situent toujours dans l'instant présent. Il peut également permettre au patient de développer la conscience de ses stimulations internes, favorisant ainsi leur acceptation (ce qui peut s'avérer particulièrement utile dans des problématiques de douleur chronique ou de troubles anxieux, par exemple). L'exercice peut durer jusqu'à une heure dans ses versions les plus longues. Il peut aussi constituer la partie d'un exercice qui se concentrera ensuite sur d'autres images. En voici un exemple court, associé à une focalisation sur la respiration (les temps de pause en secondes sont donnés à titre indicatif).

« *Installez-vous confortablement sur votre chaise.*

Je vous propose de fermer les yeux si vous le souhaitez, afin de vous concentrer plus facilement sur l'exercice.

Concentrez-vous à présent sur votre respiration. Observez la sensation de l'inspiration et de l'expiration de l'air dans votre corps [10 secondes].

Si vous avez des pensées qui vous viennent, si vous avez l'impression d'être distrait par des bruits ou des sensations, constatez simplement que vous avez cette pensée, que vous entendez ces bruits ou que vous avez cette sensation, puis revenez à votre respiration, revenez à l'observation des sensations liées à l'inspiration et à l'expiration de l'air dans votre corps [20 secondes].

Vous allez à présent porter votre attention, du mieux que vous pouvez, sur les sensations qui vous viennent de différentes parties de votre corps. Observez les sensations de vos pieds qui touchent le sol [5 secondes], *de vos pieds dans vos chaussures* [5 secondes], *percevez la texture à l'intérieur de vos chaussures et la sensation de cette texture au contact de vos pieds* [20 secondes].

Concentrez-vous maintenant sur vos mains [5 secondes]. *Observez les sensations qui vous viennent de vos mains* [5 secondes]. *Percevez le contact de vos mains sur vos genoux* [2 secondes]. *Observez attentivement chacune des sensations qui vous parviennent de vos mains* [20 secondes].

Et de nouveau, si vous êtes emmené par une pensée, si vous vous interrogez sur cet exercice ou que vous pensez à autre chose, simplement, repérez que vous avez cette pensée [2 secondes]. *Puis revenez doucement vers les sensations qui vous parviennent de vos mains* [20 secondes].

Concentrez-vous à présent sur votre visage, repérez les sensations qui vous parviennent de vos joues [10 secondes], *de votre nez* [10 secondes], *de vos yeux* [10 secondes], *de vos oreilles* [10 secondes],

de votre bouche [10 secondes], *de votre front* [10 secondes], *observez les sensations qui vous parviennent de votre visage pendant un moment* [20 secondes].

Doucement, dirigez à nouveau votre attention sur le bruit de votre respiration [5 secondes]. *Peut-être ce bruit est-il presque imperceptible* [2 secondes]. *Essayez de prêter la plus grande attention pour tenter de le percevoir tout de même comme si vous essayiez de l'écouter de l'extérieur* [20 secondes]. *Puis, tranquillement, portez votre attention sur votre respiration elle-même. Sur les sensations dans votre corps* [2 secondes]. *Sur le contact avec vos vêtements qui se modifie à chaque inspiration et à chaque expiration* [20 secondes].

Remarquez comme votre respiration se trouve toujours dans l'instant présent [5 secondes]. *Remarquez comme vos pensées peuvent s'enchaîner, vous emmener dans le futur ou dans le passé, puis s'en aller, tandis que votre respiration ne s'est pas arrêtée, toujours dans l'instant présent* [5 secondes]. *Remarquez comme observer votre respiration vous ramène aux sensations qui vous parviennent ici et maintenant* [10 secondes]. *Restez un moment à observer votre respiration, comme quelque chose qui se situe ici et maintenant* [20 secondes].

Puis doucement, lorsque vous vous sentez prêt, ouvrez de nouveau les yeux. »

Passé, présent ou futur ?

Cet exercice est très simple et très efficace pour repérer lorsque notre pensée nous entraîne vers le passé ou le futur. Le thérapeute propose au patient de tendre son bras vers l'avant puis de replier l'avant-bras en angle droit, la main dirigée vers le haut. Cette position correspond aux pensées portant sur le présent. Lorsqu'une pensée portant sur le futur apparaît, le bras est tendu vers l'avant. Lorsqu'il s'agit d'une pensée portant sur le passé, il est replié vers l'arrière. Le patient effectue alors un exercice d'au moins quelques minutes au cours duquel il observe simplement ses pensées et dirige son avant-bras comme une horloge en fonction de la situation temporelle dans laquelle elles se trouvent.

Cet exercice est particulièrement utile pour les patients anxieux dont la pensée est fréquemment entraînée vers le futur ou pour les patients qui ont des difficultés à se désengager des stratégies de rumination. Il peut également aider les patients souffrant de stress post-traumatique, souvent assaillis par des pensées portant sur les circonstances du traumatisme. Ils perçoivent alors de façon très concrète ce mouvement systématique de leur attention, ce qui facilite la refocalisation sur l'instant présent. Cet exercice a également pour avantage de proposer une tâche physique concrète au patient tandis qu'il observe ses pensées, ce qui favorise la focalisation sur l'exercice lui-même.

Un air bien connu

Dans cet exercice, le thérapeute fait écouter à son patient un morceau de musique très connu. Le patient a pour consigne d'observer ses pensées, émotions et sensations, et notamment de remarquer comment celles-ci s'engagent très rapidement, de façon presque automatique et stéréotypée, sur les mêmes chemins que lors des écoutes précédentes de ce même morceau. Par exemple, s'il s'agit d'une chanson que le patient n'aime pas, il pourra observer que les évaluations portant sur cette œuvre s'enclenchent très vite et que les justifications de ces évaluations sont parfois construites à partir d'une perception langagière (par exemple, « *Je n'aime pas cette chanson car ce chanteur ne pense qu'à gagner de l'argent* »), plutôt qu'à partir du contact direct avec les sons. Il devient alors intéressant d'observer la part de l'arbitraire (véhiculé par le langage) et du non-arbitraire (provenant d'un contact direct avec les sons) dans notre appréciation de cette musique. Il est également possible de réaliser cet exercice en observant une peinture ou une photographie, par exemple.

L'horloge des valeurs

Cet exercice consiste à proposer au patient de programmer une sonnerie (par exemple, sur un téléphone portable) de façon aléatoire. Par exemple, la sonnerie se déclenche après dix minutes, puis après deux heures, puis après une heure, etc. Si le patient n'a pas de moyen de programmer une sonnerie aléatoire, il peut simplement reprogrammer la sonnerie après chaque déclenchement, en variant le délai à chaque fois.

Lorsque la sonnerie retentit, le patient a pour tâche d'observer l'activité dans laquelle il est alors engagé et d'évaluer à quelle valeur elle correspond[2]. Par exemple, si la sonnerie se déclenche alors que le patient est en conversation avec un ami, il repérera peut-être que cette activité correspond à sa valeur « avoir des relations amicales riches ».

Cet exercice peut être très utile aux patients qui ont des difficultés à clarifier leurs valeurs ou à maintenir un engagement dans ces valeurs en raison d'un contact insuffisant avec l'instant présent (comme le patient à l'anniversaire de sa fille, dans notre exemple précédent). S'interroger sur le lien entre l'activité actuellement effectuée et la valeur potentielle qui lui est attachée constitue ainsi un baromètre de la cohérence entre actions et valeurs. Il est important de présenter l'exercice de manière à ce qu'il constitue un entraînement à l'observation et un encouragement à agir en direction des valeurs, mais pas un contrôle aversif culpabilisant. Le thérapeute doit donc considérer l'utilité et la manière

2. Cette méthodologie a été créée par Larson et Csikszentmihalyi (1983) pour l'étude du concept de *flow*.

d'encadrer cet exercice en fonction de la problématique de chaque patient. Un patient souffrant de dépression pourrait ainsi rapporter qu'à chaque fois que la sonnerie s'est déclenchée, il ne faisait rien qui soit consistant avec ses valeurs, et s'en sentir coupable et d'autant plus déprimé. Le thérapeute peut alors passer en revue tous les moments où la sonnerie est apparue et observer avec son patient que, dans certains cas, une valeur se trouvait bel et bien en relation avec l'activité alors effectuée. Par exemple, une patiente rapporte qu'elle passait le dimanche après-midi dans la famille de son conjoint et qu'elle s'ennuyait terriblement lorsque que la sonnerie a retenti. Le thérapeute évalue alors avec la patiente pourquoi elle a choisi de se rendre avec son mari dans sa famille, et observer si ce choix correspondait à une valeur pour elle (par exemple, faire plaisir à son mari). Percevoir cette relation entre action et valeur peut alors contribuer à accroître la satisfaction générée par certaines activités, au moment où elles sont réalisées, dans l'instant présent.

Observer toutes les facettes d'un même objet

Cet exercice consiste à observer pendant un temps relativement long un objet auquel on ne prête généralement pas une telle attention. Il est pratiqué très souvent avec un grain de raisin sec car cet objet comporte de très nombreux détails que l'on ne remarque généralement pas au premier regard.

Le patient prend dans sa main un grain de raisin sec et l'observe longuement, comme s'il s'agissait de quelque chose qu'il n'avait jamais vu auparavant. Il remarque avec un œil nouveau les circonvolutions, la forme et la couleur en faisant rouler doucement le grain entre ses doigts. Après avoir longuement observé le grain, le patient le porte à sa bouche très lentement et le garde plusieurs minutes sur sa langue et contre son palais pour observer à présent les sensations que le contact prolongé peut procurer. Ce fruit si commun est alors considéré avec une attention nouvelle, comme s'il n'avait jamais été goûté avant cela. Progressivement, le raisin est alors croqué et de nouvelles sensations apparaissent alors. Chaque étape est réalisée en observant les pensées, les sensations et les émotions qui sont déclenchées par le contact avec le raisin.

Le but est bien entendu de développer une habileté à observer au-delà d'un simple grain de raisin. Les événements psychologiques sont souvent si familiers que l'on ne les perçoit plus en pleine conscience, et nous leur répondons alors de façon stéréotypée. Par exemple, ressentir de la tristesse entraîne immédiatement une recherche d'émotion positive chez certains patients. Accroître la curiosité pour ce type d'événement pourtant bien connu favorise alors leur acceptation et la variabilité dans la manière de leur réagir.

Cet exercice peut être réalisé en écoutant un morceau de musique ou en regardant une peinture ou une photographie que le patient connaît par ailleurs très bien et qu'il observera alors avec une attention nouvelle.

Attention variable

Cet exercice consiste à accroître la flexibilité de l'attention. Le principe général est de conduire le patient à diriger son attention en alternance vers différentes sources de stimulation. Cela est réalisable avec un morceau de musique comportant plusieurs instruments. Le patient porte son attention d'abord sur la guitare, puis sur le piano, puis sur la voix, etc. Le thérapeute peut également diriger l'attention de son patient sur les bruits provenant de l'intérieur de la pièce dans laquelle ils se trouvent, puis sur ceux provenant de l'extérieur, puis à nouveau sur les sons à l'intérieur de la pièce, et même sur ceux qu'il parvient peut-être à percevoir dans son propre corps, comme les battements de son cœur.

Une autre approche consiste à faire varier l'attention en fonction des cinq sens. Le thérapeute demande au patient de diriger son attention sur ce qu'il perçoit dans l'instant avec son odorat, puis avec sa vue, son ouïe, etc.

Cet exercice permet d'accroître la capacité du patient à diriger son attention avec flexibilité. Cela s'avère particulièrement utile lorsque le patient présente une tendance à focaliser son attention en permanence sur un même événement (par exemple, une douleur, une pensée obsédante, des vertiges). L'objectif n'est pas d'encourager la distraction, mais d'enrichir l'univers sensoriel afin que le patient ne soit plus centré *uniquement* sur l'événement psychologique difficile auquel il est confronté.

Lire dans différentes langues

Cet exercice consiste soit à lire, soit à faire lire au patient lui-même, quelques lignes de textes écrits dans des langues différentes. On peut, par exemple, utiliser un livre bilingue qui comporte une version en français et une version dans une langue que le patient ne connaît pas. L'objectif est de remarquer la façon dont notre pensée démarre très rapidement en relation avec la signification des mots lorsque l'on comprend la langue, tandis que l'on reste plus facilement observateur des sons ou des formes avec une langue que l'on ne comprend pas. On peut alors s'exercer à remarquer uniquement les sons ou les formes d'un texte lu dont on comprend aussi le sens et s'entraîner à transférer cette capacité d'observation aux pensées qui nous entraînent dans le futur ou le passé, afin de se recentrer dans l'instant présent.

Il peut être intéressant d'utiliser un texte très connu et de le faire lire d'abord dans la langue étrangère. Le thérapeute discute alors avec le patient de ce que ce dernier a ressenti et observé pendant la lecture,

puis lui fait lire le texte en français pour comparer à ce qu'il a remarqué précédemment. Signalons au passage que cet exercice illustre bien comment le travail sur le contact avec l'instant présent et celui sur la défusion sont intimement liés.

Compter sa respiration

Cet exercice très simple amène le patient à se focaliser sur sa respiration. Beaucoup d'exercices de pleine conscience débutent et finissent de cette manière car la respiration se situe toujours dans l'instant présent et elle constitue donc un repère simple, toujours disponible, pour revenir au présent. Mais généralement, la focalisation sur la respiration se dissipe après quelques inspirations et expirations car la pensée nous entraîne très vite ailleurs. Cet exercice consiste donc à compter silencieusement sa respiration. Il peut être réalisé pendant cinq minutes ou pour une durée plus longue. Le patient remarque alors quand il perd le fil du comptage lorsque les pensées s'enchaînent. Il peut remarquer, à mesure qu'il reproduit l'exercice, s'il parvient à compter plus longtemps avant d'être distrait par d'autres pensées.

Comme pour tous les exercices proposés ici, il est particulièrement important de s'assurer qu'ils ne deviennent pas autant de techniques utilisées par les patients pour supprimer leurs événements psychologiques. Dans une problématique de troubles obsessionnels compulsifs avec rituels mentaux, ce type d'exercice pourrait par exemple rapidement être intégré à l'ensemble des rituels. Le thérapeute doit donc évaluer soigneusement la fonction pour laquelle il le propose.

Exemple clinique

Yolande souffre d'un trouble anxieux généralisé. Au début de sa thérapie, elle rapporte à quel point elle est dépassée par tous les événements qu'elle vit. En entretien, elle s'exprime très vite, en quasi-monologue et raconte les événements de sa vie avec beaucoup de détails, mais sans jamais évoquer la moindre émotion. Même lorsque le thérapeute prend le temps de lui demander ce qu'elle ressent, la patiente ne fournit que très peu d'informations, répondant très brièvement ou en disant simplement qu'elle est « stressée ». L'échange suivant montre comment le thérapeute partage ses propres émotions pour aider la patiente à observer ce qu'elle ressent elle-même, dans l'instant présent.

Patiente : « Demain, il va falloir que je m'occupe d'amener ma fille chez le médecin à cause de ses allergies. Ça a recommencé. Alors bien sûr il faut que je m'en occupe, car mon mari n'aura pas le temps. Donc je vais devoir faire les courses plus tard, et ça veut dire que je serai sûrement dans les embouteillages et que je ne pourrai pas finir le dossier que je dois rendre pour vendredi… »

Thérapeute : « Quand je vous entends décrire votre journée de demain, cela semble tellement stressant que je ressens moi-même comme une forte tension dans mes muscles. Est-ce que vous ressentez cela aussi en pensant à votre journée de demain ? »
Patiente : « Mon mari me dit que je suis tendue comme une corde de violon. C'est vrai, mais c'est normal avec tout ce que je dois faire ! Ce week-end, mes parents nous rendent visite, et il va falloir que je prépare leur chambre et je sais que ma mère ne sera pas satisfaite de la cuisine… »

Il peut être difficile d'interrompre un patient dans ce type de situation. Dans ce cas, l'attention que le thérapeute porte au discours de son patient doit être particulièrement sélective. Acquiescer ou poser des questions au sujet du contenu risque fort de conduire la patiente à donner plus de détails qui ne lui seront pas davantage utiles à se recentrer sur l'instant présent. Le thérapeute peut en revanche encourager toutes les approches vers une évocation de l'émotion, même si elles sont rares et timides, comme dans l'échange suivant :
Thérapeute : « Cela m'aide beaucoup à comprendre ce que vous vivez, lorsque vous décrivez ce que vous ressentez. Vous avez dit, "*comme une corde de violon*". Est-ce que c'est ce que vous ressentez ici, maintenant ? »
Patiente : « Oui, je suis extrêmement tendue. Il faut que je prépare tout, et je n'ai pas assez de temps… »

Parce qu'il est très difficile pour la patiente de rester dans l'instant présent, ses pensées s'enchaînant très vite et l'entraînant systématiquement dans le futur, le thérapeute souligne cet élément comme l'expression même de son anxiété.
Thérapeute : « Je remarque même dans le rythme avec lequel vous me racontez ce qui vous arrive que la tension est très présente. Est-ce que vous avez vous-même la sensation de parler très vite ? »
Patiente : « Oui, je fais toujours tout très vite. Tout le monde me dit que je suis une pile électrique. Mais c'est vrai qu'en ce moment j'ai encore plus de mal à tenir en place. »

Avec des patients qui présentent des difficultés particulièrement importantes à ralentir le rythme de leur pensée en entretien, il peut être utile de débuter chaque séance par un court exercice de pleine conscience. Certains thérapeutes commencent d'ailleurs tous leurs entretiens de cette manière.

Chapitre 9

Le soi comme contexte des événements psychologiques

Les propriétés du langage que nous avons précédemment décrites, notamment son caractère omniprésent et inextricable de toute activité humaine, ont également des implications sur la façon dont nous nous percevons nous-mêmes. Ce qu'on appelle le « soi » n'échappe pas à l'analyse langagière. Le langage est même au cœur du développement du sentiment de soi, de la conscience de soi (Skinner, 1974). Mais qui dit langage dit risque de détachement par rapport aux conséquences réelles des comportements. En d'autres termes, nous pouvons être en fusion avec le langage que nous utilisons pour nous connaître et nous décrire, et prendre ce que nous disons et pensons de nous pour vérité absolue. C'est un problème auquel sont souvent confrontés les patients que nous rencontrons. Ils agissent comme si le soi avait un contenu, comme si tout ce qu'ils pouvaient dire d'eux-mêmes les définissait parfaitement. Parallèlement, les patients ont souvent tendance à se comporter en fonction de la définition qu'ils ont forgée d'eux-mêmes, de façon rigide et stéréotypée, que cette définition leur soit utile ou non.

Il existe une autre manière d'appréhender ce « soi ». Elle repose davantage sur une perception directe que sur une analyse langagière. Elle permet de s'appréhender comme le contexte d'apparition de tous les événements psychologiques, et non comme ces événements eux-mêmes. En s'appréhendant comme le contexte d'apparition de tout ce que nous pouvons percevoir – avec nos cinq sens, notre proprioception, en incluant l'observation de notre pensée – les émotions douloureuses deviennent des événements qu'il n'est plus systématiquement nécessaire de faire disparaître, contre lesquelles il n'est plus nécessaire de lutter. En effet, en adoptant une telle perspective, l'intégrité du soi n'est plus menacée par les événements psychologiques qui le parcourent. À ce titre, développer un tel sens de soi favorise l'exposition et l'engagement dans l'action.

Dans ce chapitre, nous décrivons ce que recouvre la notion de soi comme contexte, ce qui la différencie d'une définition de soi, et l'intérêt clinique de développer ce sens de soi chez les patients. Nous décrivons

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

des métaphores et des exercices pour faciliter le développement de ce sens de soi et présentons un exemple clinique afin d'illustrer la démarche.

La connaissance de soi

Dans la thérapie d'acceptation et d'engagement, les actions ne sont pas considérées comme irrémédiablement dépendantes des pensées et des émotions. C'est ce qui permet d'arriver à la notion de défusion : je peux choisir de ne pas m'intéresser au contenu de mes pensées et d'agir indépendamment d'elles. C'est aussi ce qui permet l'action en présence d'émotions douloureuses : je peux laisser mes émotions aller et venir à leur gré et agir dans le sens des valeurs que j'ai choisies puisque ces émotions ne déterminent pas mes actions. Je peux donc accepter leur présence.

Ce qui détermine l'action pour l'ACT est son *contexte d'apparition*. Ce sont les éléments du contexte qui déterminent comment j'agis. Par contexte, on entend les circonstances actuelles dans lesquelles l'action s'inscrit, mais aussi l'histoire comportementale. Si nous sommes en train de rédiger ce chapitre, c'est que nous nous trouvons dans un contexte particulier qui l'autorise (dans un bureau, devant un ordinateur, et non dans une salle de bain en pleine nuit) et que notre histoire comportementale a renforcé le fait d'enfoncer les touches d'un clavier par l'apparition d'un texte à l'écran, le fait d'écrire par les commentaires des lecteurs et le plaisir de partager nos idées, de les voir reprises et transformées par d'autres personnes, etc.

Le contexte d'apparition des pensées implique également le regard que nous portons sur elles. Si je considère mes pensées comme des consignes strictes, je vais le plus souvent agir dans le sens qu'elles m'indiquent. De même, si je les prends pour des oracles fiables qui annoncent à coup sûr comment les événements à venir vont se dérouler, ou comme des jugements de qualité à propos de mes choix passés, mes émotions se déclencheront en fonction de ce que ces pensées diront. À l'inverse, si je porte un regard distancié sur mes pensées et que j'en repère le processus plutôt que le contenu, *comment* je pense plutôt que *ce que* je pense, mes actions et mes émotions seront davantage indépendantes de ces pensées. Ce type de regard porté sur nos pensées, cette forme de conscience active, constitue un contexte qui rendra favorable la défusion cognitive.

Le soi conceptualisé : la description de soi

Il nous est facile et habituel de résumer au moyen du langage les principaux attributs qui nous caractérisent, de manière à disposer d'un ensemble cohérent de descriptions de ce que nous sommes. Ce sont ces descriptions que nous communiquons aux autres lorsqu'on souhaite

leur dire qui nous sommes (« *Je suis psychologue* », « *J'ai trois enfants* », « *Je suis quelqu'un de très renfermé* », « *Je ne me laisse pas marcher sur les pieds* »). Le principal problème est que ces descriptions verbales s'imposent comme les seules valides, auxquelles les patients s'attachent comme si elles les résumaient en totalité. Aussi, en se conformant uniquement à une définition verbale de soi, nous développons une tendance à ne pas tenir compte de ce qui pourrait contredire notre description de nous-mêmes, ou encore, nous agissons pour éviter que ces descriptions soient contredites, et donc déstabilisées.

Concrètement, si j'observe à plusieurs reprises que j'éprouve des difficultés à aller vers les autres et à parler de moi, je parviens à la conclusion que je suis quelqu'un de très renfermé. Je décris ainsi des événements passés ; je fais une déduction de la façon dont je me comporte habituellement et la résume par le qualificatif « renfermé ». Mais je ne fais pas que cela. En raison de la dérivation de fonctions que nous avons décrite précédemment (voir Chapitre 6, « Quand le langage nous aveugle »), cette description peut s'inverser et devenir une sorte de prédiction de l'avenir. J'établis alors une règle implicite qui stipule que je ne *peux* pas aller vers les autres et parler de moi, puisque je suis « quelqu'un de très renfermé ». Cette règle gouverne alors mes actions à venir. Elle interdit de ce fait que je fasse de nouvelles expériences susceptibles de mettre cette règle à l'épreuve des faits. À ce titre, la conception que j'ai de moi peut entraîner une grande rigidité si je suis en fusion avec elle.

En clinique, ces conceptualisations de soi rigides se repèrent au travers d'affirmations définitives comme « *Je suis quelqu'un d'anxieux* », « *On a toujours été de grands dépressifs dans la famille* », « *Je ne serai jamais normal* », et toutes les histoires de vie que racontent les patients pour expliquer qui ils sont, ce qu'ils sont et pourquoi ils sont en souffrance, comme autant de définitions d'eux-mêmes qui impliquent une impossibilité d'action.

Lorsque aucune distance n'est possible avec ce soi conceptualisé, plusieurs écueils peuvent se faire jour. D'abord lorsque les actes réalisés ne sont pas en accord avec la définition de soi. Une de nos patientes était par exemple très déstabilisée quand elle constatait qu'elle se mettait en colère car elle se définissait comme « gentille ». En fusion avec cette définition d'elle-même, elle ressentait de la honte lorsqu'elle réagissait de façon un peu véhémente, même si la situation semblait le justifier. Des difficultés analogues peuvent apparaître au cours de changements importants de l'identité (paternité, handicap, perte d'un emploi, etc.) qui nécessitent un travail de remaniement de la conception de soi.

Le second risque porte sur les expériences au cours desquelles la conception de soi est malmenée ou attaquée par les autres : lorsqu'on est trop attaché à la définition de soi et que quelqu'un insulte ou critique

ce qu'on est, on peut rapidement se sentir en danger. Dans certains cas (par exemple dans le trouble de personnalité paranoïaque), la fusion avec cette conception de soi est tellement importante que la personne se sent en permanence attaquée.

Enfin, la fusion avec la description de soi peut devenir très problématique si elle invalide toute compétence. Imaginons qu'une personne pense d'elle « *Je suis nulle, je ne ferai jamais rien de ma vie* ». Si cette personne constate, au travers de la réussite de ce qu'elle parvient à entreprendre, qu'elle n'est pas « nulle » en toutes circonstances, elle s'invalide en tant que personne capable de se définir. Elle en devient donc « nulle » d'avoir cru qu'elle l'était ! Impossible de sortir de ce piège, sauf à considérer que ce que je peux dire de moi ne me constitue ni ne me décrit parfaitement (car cela découle de mécanismes de dérivation agissant parfois de façon arbitraire) et donc que je peux considérer ces descriptions avec distance et légèreté. En d'autres termes, le seul moyen de sortir de cette impasse est de cheminer vers une défusion de ce soi conceptualisé, de l'appréhender avec davantage de flexibilité.

Soi comme contexte : la perspective sur soi

Il existe une autre façon de parvenir à une connaissance de soi, qui ne repose pas sur la description verbale mais sur la perspective et l'observation. Dès que je suis conscient que j'agis, ressens ou pense, je suis aussi conscient d'en être conscient (Hayes et Gregg, 2000). C'est ce mouvement supplémentaire d'observation, qu'on pourrait aisément qualifier de métacognition, qui constitue la conscience. Cette conscience de soi non déclarative s'acquiert au cours du développement et est éminemment sociale. Elle se développe par la répétition de questions adressées à l'enfant (« *Où étais-tu hier ?* », « *Qu'as-tu fait à l'école ?* », « *Est-ce que tu as faim ?* »). Ces questions appellent une réponse depuis un point de vue unique, dans un contexte précis (moi, ici, maintenant), et permettent d'acquérir un sentiment d'unicité. À ce titre, le soi ne peut être considéré comme un objet (voir encadré), mais bien comme la compétence à répondre depuis ce point de vue et ce contexte unique, par rapport à une infinité de perspectives alternatives. Il n'est évidemment possible de répondre que depuis mon point de vue, à l'endroit où je me trouve, au moment où je parle.

Le soi n'est pas une chose mais un comportement

Pour des raisons pratiques, nous nous référons souvent au « soi » au moyen d'un substantif. Pourtant, ce « soi » n'existe pas en tant que tel. Le soi n'est pas un objet. Ce que nous appelons « soi » est en fait une perspective, un point de vue. En d'autres termes, il s'agit d'un ensemble de comportements. Il ne peut pas être observé en tant que tel, mais seulement être expérimenté.

Pour pouvoir observer le soi, il faudrait pouvoir le faire depuis un point de vue extérieur. Mais quel serait ce point de vue, si ce n'est une autre perspective ? Considérer le soi comme une façon d'observer, un ensemble d'actions d'observation, est le seul moyen de sortir de cette régression à l'infini. Le soi n'est pas « quelque chose », c'est quelque chose que je fais.

Cette propriété fait appel à ce que l'on appelle les *cadres déictiques* (voir encadré). Ce point de rencontre unique est ce qui crée la conscience que nous avons de nous-mêmes. Peu importe ce que je vis, je le vivrai toujours depuis mon point de vue, ici et maintenant. C'est cette propriété de la conscience de soi qui a conduit Jon Kabat-Zinn à donner comme titre à son livre *Où tu vas, tu es* (Kabat-Zinn, 2005). Toutes les expériences que j'ai pu vivre ont été perçues depuis ce point de vue. Bien que j'aie pu vivre des expériences très variées, ressentir des émotions différentes et des pensées changeantes d'un moment à l'autre, je conserve ce sentiment de continuité de mon expérience qui me permet de savoir que je suis toujours « moi » indépendamment de ce qui se passe en moi.

Les cadres déictiques

Le terme « déictique » vient du grec *deiktikos*, qui signifie « action de montrer ». Les cadres déictiques sont des cadres relationnels d'une nature très particulière, car ils sont déterminants de la capacité à adopter des perspectives différentes, et n'impliquent pas de dimensions formelles dans l'environnement. Ils sont uniquement fondés sur la relation qu'entretient le locuteur avec son environnement. Les cadres de relation déictique spécifient des relations en fonction de la perspective de celui qui parle.

Il existe trois cadres déictiques : le cadre interpersonnel qui spécifie la relation entre « je » et « vous ». Ce cadre regroupe également les variations autour de cette perspective comme « le mien », « le vôtre ». Le cadre temporel spécifie la relation entre ce que vit le locuteur, toujours positionné « maintenant », et ce qu'il a vécu ou vivra dans le futur (« à ce moment-là »). Enfin, le cadre spatial implique le lieu où se trouve le locuteur (« ici ») et les autres lieux où il ne se trouve pas au moment où il parle (« là-bas »).

La capacité à se percevoir comme le contexte d'apparition de tous ses événements psychologiques, tout comme l'empathie, s'acquièrent par la répétition d'allers-retours entre les différentes bornes de ces trois cadres relationnels déictiques (Villatte et al., 2009). Percevoir que ses événements psychologiques prennent une signification différente en fonction de la perspective depuis laquelle on les observe permet d'accroître la flexibilité psychologique.

Pour être capable d'observer quelque chose, il faut s'en différencier. Aussi, parvenir à développer ce sens de soi, ce point de vue, permet d'accroître la capacité à accueillir tous les événements psychologiques qui apparaissent. Puisque « je » ne correspond pas à ces événements psychologiques, il peut les accueillir indépendamment de leur valence

émotionnelle, sans qu'ils représentent un quelconque danger. Il est ainsi possible de parvenir à une défusion vis-à-vis des pensées qui apparaissent en rapport avec le soi en modifiant la perspective depuis laquelle les observer. C'est pour cette raison que le sens de soi comme contexte d'apparition des événements psychologiques est important à développer en clinique. Ce « soi » qui est observateur de tout le reste et considère son activité psychologique propre avec circonspection, cette capacité à observer depuis une perspective qui supplante toutes les expériences vécues, permet de ne plus se sentir dévasté face à des événements psychologiques douloureux. Le développement de cette perspective permet également d'accroître la flexibilité psychologique et de s'engager dans l'action. C'est d'ailleurs son intérêt premier : en développant cette capacité à mettre en perspective tous les événements psychologiques, il devient possible de vivre pleinement chaque situation, quelle que soit sa valence émotionnelle. Savoir qu'il existe un point de vue depuis lequel observer toutes les émotions et toutes les pensées, même les plus difficiles d'entre elles, confère un sentiment de sécurité qui limite les évitements expérientiels et favorise l'acceptation : il est possible de laisser se développer en soi chaque émotion et chaque pensée, de les observer avec curiosité. La lutte contre les événements psychologiques n'est plus alors l'unique option disponible, et le patient peut choisir avec flexibilité de l'appliquer ou non, en fonction de son utilité dans un contexte donné. Enfin, puisqu'il s'agit ici uniquement de percevoir et non de décrire ou d'analyser, les aspects négatifs du langage (c'est-à-dire la fusion) sont contournés : il est possible d'observer les pensées depuis cette perspective sans nécessairement se laisser entraîner par leur contenu. Pour ces raisons, le développement d'un sens de soi comme contexte d'apparition des événements psychologiques favorise également la défusion, et permet aussi un meilleur contact avec l'instant présent (voir encadré).

Le développement d'un sens de soi comme contexte permet un meilleur contact avec l'instant présent

On s'aperçoit en clinique que la démarche d'observation depuis le point de vue du soi comme contexte est utilisée de façon privilégiée par les patients en présence d'événements psychologiques difficiles. En d'autres termes, ils adoptent cette perspective dès qu'apparaît ce contre quoi ils luttent habituellement. On pourrait craindre que le positionnement depuis cette perspective d'observation constitue un évitement expérientiel et soit utilisé par les patients comme une nouvelle façon de lutter contre les émotions et les pensées qu'ils ne souhaitent pas vivre. Schématiquement, chaque fois qu'une émotion difficile apparaît, le patient se réfugierait dans l'observation et se couperait de ses événements psychologiques.

Mais ce « repli » n'a pas pour fonction de supprimer ce que vit le patient. Au contraire, il conduit à tout percevoir avec davantage de curiosité et d'ouverture, sans chercher à le modifier. Généralement, les patients deviennent davantage

capables de décrire ce qu'ils ont vécu dans une situation difficile pour eux. C'est donc un meilleur contact avec l'instant présent qui découle de ce positionnement psychologique différent, qui ne constitue pas une fuite mais au contraire une plus grande présence à ce qui se passe en soi.

En pratique : métaphores et exercices

Les exercices présentés ici visent deux objectifs principaux. Le premier est d'aider les patients à se différencier de ce qu'ils peuvent dire et penser d'eux-mêmes. En d'autres termes, il s'agit de les amener à se détacher du « soi » en tant que concept, en tant que description et analyse verbale. On s'attaque alors à tout ce que le patient peut proposer comme définition rigide et définitive de ce qu'il est. Ce travail passe par la perception de ce qui est vécu depuis différentes perspectives, afin que le sens de soi puisse également se forger à partir de l'expérience directe et non uniquement au travers de l'analyse langagière. Le second objectif est d'entraîner chez les patients la capacité à s'observer en train d'observer, avec comme but ultime de développer la perception d'un « soi » invariant, quels que soient les expériences vécues et les événements psychologiques qui apparaissent.

Ces exercices sont donc à utiliser de façon privilégiée avec des patients qui souffrent de fusion avec la définition de soi (le soi conceptualisé). Il peut s'agir de patients qui se jugent négativement ou positivement de façon rigide, ou qui se sentent facilement menacés quant à leur identité, ou encore qui n'ont pas acquis un sens de soi stable, comme dans les problématiques de maltraitance ou dans le cas des troubles de la personnalité borderline.

La machine à critiques

L'objectif de cet exercice est de faire percevoir au patient que nous sommes programmés pour rechercher en toute chose ce qui ne va pas, pour détecter ce qui peut poser problème. Il s'agit dans cet exercice de montrer différents objets au patient et de lui demander de formuler la première critique qui lui vient en tête à propos de cet objet.

Les objets choisis sont d'abord très insignifiants, généralement ce qu'on a sous la main dans un bureau : téléphone, stylo, bloc-notes, chaise, rideaux, etc. (par exemple, « *Ce stylo est vieux* », « *Cette chaise n'est pas ergonomique* », « *On peut se couper avec une feuille de papier* »). Ensuite, le thérapeute propose au patient des objets qui peuvent paraître *a priori* plus difficiles à critiquer car ils possèdent une certaine esthétique, par exemple une fleur, une peinture ou encore des photographies de chiots ou de paysages agréables à regarder (par exemple, « *Les fleurs attirent les guêpes* », « *Cette peinture n'est qu'une copie* »). Enfin, le thérapeute demande au patient de formuler une autocritique.

En choisissant des objets différents les uns des autres, le patient se rend compte que notre intelligence est toujours capable de formuler une critique. C'est précisément la raison pour laquelle notre intelligence a été sélectionnée : elle détecte les difficultés et nous permet d'éviter les problèmes. Aussi, si nous portons notre attention sur nous-mêmes, notre intelligence parviendra également à générer des critiques. L'objectif ici n'est pas de montrer au patient que les jugements qu'il porte sur lui-même sont faux, mais de faire percevoir que leur formulation est inévitable et automatique. Une démarche plus utile que de chercher à arrêter cette activité automatique consiste à prendre ces jugements sur soi avec plus de circonspection, comme les critiques d'un râleur qu'on finit par moins écouter avec le temps.

Observer l'observateur

L'objectif de cet exercice est d'amener le patient à être en contact avec la partie de soi qui peut observer tout le reste, y compris le fait de percevoir. Il prend la forme d'un exercice de pleine conscience qui nécessite donc d'être réalisé lentement. Le thérapeute aménage des pauses entre les différents éléments de la consigne afin de laisser le temps au patient de focaliser son attention, de la ramener à l'exercice si elle s'égare dans d'autres pensées, ce qui arrive souvent au cours d'exercices de ce type.

« *Je vais vous demander de fermer les yeux si vous êtes d'accord, afin d'être davantage disponible pour cet exercice. Si vous vous sentez plus à l'aise les yeux ouverts, vous pouvez bien sûr effectuer l'exercice de la manière qui vous convient le mieux.*

Installez-vous confortablement sur votre chaise. Respirez tranquillement. Portez votre attention sur votre respiration. Sur la sensation de l'air que vous inspirez et expirez régulièrement.

Essayez de porter votre attention sur les sensations dans votre corps. Sur ce que vous ressentez au contact de la chaise sur laquelle vous êtes assis. Percevez les sensations de vos pieds qui touchent le sol. De vos mains posées sur vos genoux ou sur vos cuisses.

Essayez de percevoir les pensées qui vous traversent. Peut-être avez-vous des pensées sur cet exercice. Peut-être vos pensées vous ont-elles emmené loin de cette salle où nous nous trouvons. Repérez ces pensées, puis examinez comme elles s'enchaînent et vous entraînent vers une autre pensée.

Essayez de percevoir les émotions qui vous traversent. Peut-être sont-elles subtiles, à peine perceptibles. Essayez de repérer quelles sensations dans votre corps sont associées à ces émotions. Si vous ne semblez pas ressentir d'émotion particulière, remarquez quelles sensations sont actuellement présentes dans votre corps, alors que vous ne percevez aucune émotion particulière.

Revenez un moment à votre respiration. Revenez à la sensation de l'air que vous inspirez et expirez régulièrement.

Je vais vous demander maintenant de porter votre attention sur une pensée particulière. Je voudrais que vous repériez un jugement négatif que vous portez sur vous-même, régulièrement. Prenez votre temps. Une pensée ou un jugement qui vous revient souvent et que vous avez du mal à chasser de votre tête quand il est présent. Une critique que vous vous formulez. Un reproche que vous vous êtes fait à plusieurs occasions.

Observez les pensées qui s'enchaînent aussitôt à l'évocation de ce jugement négatif. Observez les émotions qui sont en vous à présent. Et portez votre attention sur le changement d'émotions et de pensées par rapport au début de cet exercice. Repérez les sensations qui sont présentes dans votre corps, alors que vous portez votre attention sur ce jugement négatif. Repérez comme vos sensations ont changé depuis le début de l'exercice.

Vous pouvez observer ces sensations et ces pensées en perpétuel changement.

Essayez maintenant de repérer que vous êtes en train d'observer ces pensées et ces émotions. Il y a une partie de vous qui peut voir que vous êtes en train d'observer ces émotions, ces pensées et cette critique à propos de vous.

Regardez cette critique, repérez les émotions et les pensées qui l'accompagnent, et portez votre attention sur le fait que vous regardez cette critique, ces émotions et ces pensées. Si vous pouvez observer cette critique, c'est que vous n'êtes pas cette critique.

Ramenez maintenant votre attention sur votre respiration. Ramenez votre attention sur le lieu où nous nous trouvons, sur la place des meubles dans la pièce. Quand vous serez prêt, vous pourrez ouvrir les yeux.

Le jeu des rôles (Hayes et Gregg, 2000)

Dans cet exercice, le patient tire au hasard un papier parmi plusieurs déposés dans une boîte par le thérapeute. Ces papiers reprennent des affirmations et des descriptions que différentes personnes peuvent formuler à propos d'elles-mêmes. Il est demandé au patient de jouer le rôle de ces personnes dans un échange de questions-réponses avec le thérapeute. Les papiers parmi lesquels le patient tire au hasard reprennent également certaines affirmations/jugements qu'il a déjà formulés à propos de lui-même au cours des entretiens précédents (« *Je suis quelqu'un qui ne sait pas s'affirmer* », « *Je rate tout ce que j'entreprends* », « *Je suis une mauvaise enseignante* », etc.). Le thérapeute y ajoute des affirmations/jugements d'autres personnes, affirmations et jugements négatifs ou positifs qui ne correspondent pas à ce que vit le patient (« *Je suis quelqu'un qui ne se trompe jamais* », « *Je prends facilement des responsabilités* », « *J'ai peur de tout* »).

Une fois que le patient a tiré au sort un de ces rôles, le thérapeute lui demande de l'incarner du mieux qu'il peut, d'imaginer qu'il est cette

personne pendant la durée de l'exercice. Le thérapeute s'entretient alors avec le patient, qui joue le rôle tiré au sort. Le thérapeute lui pose des questions lui permettant d'entrer du mieux possible dans le rôle (« *Que pense cette personne de sa carrière ? De ses relations familiales ? Comment se sent-elle avec les autres ?* etc. »).

Lorsque le patient a suffisamment endossé un rôle, le thérapeute lui demande d'en tirer un autre dans la boîte.

L'ensemble de l'exercice et de ses objectifs est expliqué au patient :

« *Je vais vous demander de tirer au hasard un papier dans cette boîte. J'ai écrit sur ces papiers les pensées que peuvent avoir certaines personnes à propos d'elles-mêmes. Certaines de ces pensées sont celles que vous avez à propos de vous et que vous m'avez indiquées au cours de nos rencontres, d'autres non. Je vais vous demander d'essayer d'imaginer du mieux que vous pouvez que vous êtes la personne dont la personnalité est décrite sur le papier que vous allez tirer au hasard. Le but n'est pas de changer ce que vous pensez de vous, mais simplement d'observer comment votre perception peut changer lorsque vous adoptez une perspective différente en jouant des rôles variés.* »

Habituellement, les patients ont moins de difficultés à endosser un rôle qui comprend des caractéristiques négatives, et encore moins à endosser celles qu'ils ont déjà formulées à propos d'eux-mêmes. Cependant, les autres affirmations que le thérapeute dépose dans la boîte ne sont pas nécessairement opposées à celles du patient. Pour un patient qui penserait de lui « *Je suis quelqu'un qui n'est pas affirmé* », il n'est pas nécessaire de lui faire jouer le rôle de quelqu'un de sûr de lui en toutes circonstances. L'objectif de cet exercice n'est pas de contrecarrer ou contredire les pensées que le patient formule à propos de lui-même, mais de l'amener à percevoir que s'il peut endosser des identités différentes, en incluant les « siennes », c'est qu'il ne se réduit pas à ces identités. Le simple fait de jouer plusieurs identités, les siennes et celles des autres, aide le patient à constater que ce qu'il pense de lui n'est qu'une conception de soi qui peut ou non être adoptée, une définition qui ne se substitue pas à tout ce qu'il est, puisqu'il est capable de l'endosser un moment puis de la délaisser à un autre moment. En quelque sorte, cet exercice correspond à un entraînement de la défusion appliquée à ce que le patient pense à propos de lui.

La métaphore de l'échiquier (Hayes et al., 1999)

Cette métaphore est un « classique » de l'ACT qui permet de faire percevoir au patient la perspective de contexte d'apparition de ses événements psychologiques.

Thérapeute : « Imaginez un échiquier qui se prolonge indéfiniment dans toutes les directions. Sur cet échiquier, il y a tout un tas de pièces noires et de pièces blanches. Elles forment deux équipes. Les noirs

se battent contre les blancs. Imaginons que ces pièces sont vos émotions et vos pensées. Il y a d'un côté les bonnes pensées et les bonnes émotions, et de l'autre les mauvaises. Si vous deviez jouer à un tel jeu, de quel côté seriez-vous sur l'échiquier de vos pensées et de vos émotions ? »

Patient : « Du côté des bonnes, évidemment ! Je donnerai tout ce que j'ai pour ne plus avoir la trouille et arrêter de penser que je suis une lopette. »

Thérapeute : « Oui bien sûr. Donc vous grimpez sur le dos du cavalier de l'équipe des bonnes émotions et des bonnes pensées et vous commencez la bataille. Au passage, à qui appartiennent les autres pensées et les autres émotions, les "mauvaises" ? »

Patient : « Ce sont mes adversaires. »

Thérapeute : « Mais à qui appartiennent-ils, ces adversaires ? Ne sont-ils pas aussi vos pensées ? »

Patient : « C'est sûr, ce sont aussi mes pensées, mais celles-là, je préférerais ne pas les avoir. »

Thérapeute : « C'est ce que je pensais. Mais il y a un problème de taille avec une telle logique, c'est qu'en vous battant de cette façon, une part importante de vous-même est votre propre ennemi. Parce que si vous devez vous battre, c'est qu'il y a quelque chose qui ne va pas chez vous. En plus, puisque vous êtes au même niveau que ces pièces, elles peuvent être aussi grosses ou même plus grosses que vous, bien qu'elles fassent partie de vous. Et même si cela n'est pas logique, plus vous vous battez contre elles, plus elles grandissent. Plus vous vous battez contre elles, plus elles prennent de place dans votre vie, plus elles vous dominent et plus elles envahissent différents domaines de votre existence. La logique voudrait que si vous parveniez à éjecter de l'échiquier suffisamment de mauvaises pièces, vous pourriez parvenir à les dominer. Mais vous savez par expérience que c'est exactement l'inverse qui arrive à chaque fois. Apparemment, il est impossible de sortir volontairement les mauvaises pièces de l'échiquier. »

Patient : « Pourtant je fais des efforts. Je fais tout ce que je peux, mais je n'y arrive pas. »

Thérapeute : « Je ne pense pas que j'y arriverais non plus. Et ce qui est surprenant, c'est que vous sentez que vous ne pourrez pas gagner, et pourtant vous ne pouvez pas vous arrêter de vous battre. »

Patient : « Si je ne fais rien, je suis certain que je ne m'en sortirai jamais. »

Thérapeute : « Je pense effectivement que si vous êtes sur le dos de ce cavalier, au cœur de la bagarre, la lutte est le seul choix que vous ayez parce que les mauvaises pièces semblent menaçantes. Et vivre sur un champ de bataille n'est pas une vie. Maintenant laissez-moi vous poser une question à laquelle j'aimerais que vous réfléchissiez attentivement.

Si vous supposez un moment que vous n'êtes pas les pièces du jeu, où pourriez-vous vous positionner dans cette partie ? »

Dans cette métaphore, l'objectif est d'amener le patient à s'envisager au niveau de l'échiquier plutôt qu'au niveau des pièces du jeu. S'il reste au niveau des pièces, l'issue du jeu a beaucoup d'importance pour lui, et la lutte ne s'arrêtera vraisemblablement jamais. Mais en se positionnant au niveau de l'échiquier, l'issue de la lutte n'a plus aucune importance. Au niveau de l'échiquier, il est possible d'observer la bataille qui se joue sans être prise par elle, sans aucun effort.

Vous avez toujours été là

Cet exercice prend la forme d'un exercice de pleine conscience au cours duquel le thérapeute fait évoquer différents souvenirs au patient. Il est donc nécessaire de faire une pause suffisante entre chaque élément de la consigne afin que le patient ait le temps de visualiser ses souvenirs (afin d'évaluer le temps nécessaire entre chaque partie de la consigne, le thérapeute peut lui aussi réaliser l'exercice en même temps qu'il le propose à son patient). L'objectif est de percevoir la continuité entre des expériences très différentes les unes des autres et de renforcer le sentiment de soi comme point d'observation invariant de tout ce qui est vécu.

« *Installez-vous confortablement et fermez les yeux afin de centrer votre attention sur l'exercice.*

Commencez par porter votre attention sur votre respiration. Observer les mouvements de votre poitrine quand vous inspirez, quand vous expirez. Portez votre attention sur les sensations de l'air dans vos narines quand vous inspirez, quand vous expirez.

J'aimerais maintenant que vous essayiez de vous rappeler en détail un moment précis de vos dernières vacances. Essayez de regarder la scène comme si vous la viviez en ce moment. Essayez de voir le plus de détails possibles. Où êtes-vous ? Qui est présent avec vous ? Que ressentez-vous ? Vous étiez là en train de vivre cette scène. Et vous êtes maintenant en train de vous observer vous-même, tel que vous étiez et agissiez à ce moment-là.

Ramenez maintenant votre attention vers votre respiration.

J'aimerais maintenant que vous essayiez de vous rappeler l'un de vos premiers souvenirs d'enfance. Où vous trouvez-vous ? Essayez de voir cette scène avec le plus de détails possible. Que faites-vous ? Qui d'autre est présent avec vous ? Quelles sont vos émotions à ce moment ?

Essayez de vous mettre en contact avec celui qui observait cette scène. Vous étiez là à ce moment, et vous êtes ici aujourd'hui.

Ramenez maintenant votre attention vers votre respiration.

Essayez à présent de vous rappeler en détail un moment désagréable de votre vie. Essayez de voir la scène comme si vous la viviez en ce moment. Et regardez qui observait cette scène, et qui l'observe aujourd'hui.

Ramenez maintenant votre attention vers votre respiration.

Essayez de vous rappeler en détail un moment joyeux de votre vie : regardez qui observait cette scène, et qui l'observe aujourd'hui. Essayez de percevoir la continuité entre ce vous d'avant et ce vous de maintenant. »

Exemple clinique

Au-delà des exercices et des métaphores, une façon simple de développer le sens de soi comme contexte d'apparition des événements psychologiques consiste à émailler les entretiens de questions qui conduisent le patient à envisager ce qu'il vit depuis une variété de perspectives différentes, en faisant appel aux cadres de relations déictiques. Les jugements que porte le patient sur lui-même (le soi conceptualisé) sont envisagés selon des perspectives temporelles, spatiales et interpersonnelles différentes. Cela permet encore d'accroître la flexibilité psychologique. C'est ce que nous illustrons dans l'exemple clinique présenté ci-dessous.

Alain est un homme de 33 ans. Il est célibataire depuis plusieurs mois et ne supporte plus cette solitude. Il fréquente activement les sites Internet de rencontres et se rend souvent à des rendez-vous avec des partenaires rencontrées par l'intermédiaire de ces sites. Tous ces rendez-vous se soldent par des échecs. Il se sent déprimé depuis plusieurs semaines, a perdu l'appétit et l'intérêt pour ses activités habituelles.

Thérapeute : « Comment s'est passé votre dernier rendez-vous ? »

Patient : « Comme d'habitude… La fille avait l'air sympa, mais ça n'a pas traîné. Elle a commencé à parler boulot bien sûr. Comme si y'avait que ça d'important chez quelqu'un. Quand je lui ai dit que j'étais au chômage, c'est comme si elle m'écoutait plus. Mais bon, je lui en veux pas. Je comprends. Je suis qu'un pauvre type, un ringard dont personne ne veut. Même si elle était sympa, personne veut d'un ringard. »

Thérapeute : « Cette pensée à propos de vous qui dit que vous êtes un ringard, il y a longtemps qu'elle vous accompagne ? »

Patient : « J'ai jamais été comme les autres. Déjà au lycée, j'avais qu'un seul ami. Tout le monde se foutait de nous parce qu'on était pas à la mode. Ils se moquaient de mon prénom, ils disaient que c'était un prénom de vieux. »

Le thérapeute conduit le patient à envisager le jugement qu'il a de lui-même en se positionnant depuis une perspective temporelle différente.

Thérapeute : « Imaginez qu'au cours d'une des rencontres par Internet, quelqu'un s'intéresse à vous et qu'une relation sérieuse s'installe entre vous. »

Patient : « C'est gentil d'essayer de me rassurer, mais je n'y crois plus maintenant ! »

Thérapeute : « Je ne suis pas en train d'essayer de vous rassurer. Personne ne peut prédire ce qui va se passer. J'essaie juste de voir avec vous comment ce qu'on pense de soi peut varier en fonction du point de vue depuis lequel on l'observe. Essayez d'imaginer qu'une de ces rencontres débouche sur quelque chose de sérieux et que cela fait, disons, trois mois que vous vivez avec quelqu'un. Donc vous êtes avec cette compagne, et vous repensez à cette pensée que vous avez aujourd'hui qui dit que vous êtes un ringard. Quel serait votre sentiment ? »
Patient : « Si vraiment quelqu'un s'intéressait à moi, c'est sûr que ça irait mieux. »
Thérapeute : « Et quel serait votre sentiment par rapport à la pensée que vous avez aujourd'hui ? »
Patient : « Je me dirais peut-être que c'était excessif, ou en tout cas que cela ne m'a pas empêché de rencontrer quelqu'un. »
Thérapeute : « Votre regard changerait sur ce que vous pensez aujourd'hui ? »
Patient : « Si je rencontre quelqu'un, sûrement oui. »

Le thérapeute multiplie ensuite les prises de perspective depuis des points de vue personnels différents.
Thérapeute : « Vous m'avez dit que cette femme que vous avez rencontrée l'autre jour vous trouve probablement ringard. Est-ce que vous pourriez vous mettre à sa place et imaginer les pensées qu'elle a eues selon vous à propos de vous ? »
Patient : « Je n'étais pas dans sa tête. Mais je suis sûr qu'elle a dû se dire "Ce type n'est pas intéressant, il n'a pas de boulot, il n'a pas confiance en lui. C'est sûrement un looser". »
Thérapeute : « OK. Maintenant, essayez de faire la même chose avec votre ancienne compagne. Qu'a-t-elle pensé après votre rencontre ? »
Patient : « On n'en a jamais parlé, mais elle a dû se dire que je n'avais pas confiance en moi mais que je faisais des efforts. »
Thérapeute : « Bien. Et maintenant, pouvez-vous faire la même chose avec cet ami que vous aviez au lycée ? »
Patient : « Ben, lui devait se dire qu'on était pareils, qu'on se comprenait, et qu'on n'était pas attachés à des trucs futiles comme la mode, qu'on voyait plus loin que ça. »
Thérapeute : « Est-ce que vous percevez que quand vous changez de point de vue, la façon dont vous vous considérez peut, elle aussi, changer ? En quelque sorte, vous êtes une personne différente à chaque fois. Pourtant, c'est toujours vous, non ? »

Au cours de cet échange, le thérapeute n'a pas cherché à convaincre le patient que l'un des points de vue sur lui était meilleur ou plus vrai que le sien. Dans ce type d'approche de la fusion avec une définition de soi, l'objectif n'est pas de changer ce que le patient pense de lui. Ce

que le thérapeute cherche à obtenir, c'est que le patient parvienne à une flexibilité par rapport aux pensées sur lui, qu'il perçoive que les pensées qu'il a à propos de lui sont un des points de vue possibles, qu'il n'existe pas une « vérité » de la définition de soi, mais que cette dernière dépend de celui qui la formule et du contexte dans lequel il se trouve.

Partie III

Devenir un thérapeute ACT

Que tout ce qui te semble le meilleur
te soit une loi incontournable.
Épictète, *Manuel*

Chapitre 10
Déroulement des séances

L'ACT ne se présente pas sous la forme d'un protocole à suivre étape après étape. Les axes thérapeutiques présentés dans cet ouvrage l'ont été dans un ordre qui ne représente pas nécessairement celui suivi en clinique, car il n'existe en fait aucun ordre strict à respecter ! Nous considérons que c'est une force : cela permet à chaque thérapeute d'adapter l'ACT à sa pratique comme il le souhaite, et surtout de l'adapter à chaque patient qu'il rencontre, car tous les axes thérapeutiques ne sont pas obligatoirement à travailler avec chaque patient. Mais c'est aussi une difficulté, notamment lorsqu'il s'agit d'en débuter la pratique. La question de savoir par où commencer nous est souvent adressée au cours de nos ateliers de formation. Nous y répondrons ici encore en proposant une démarche générale plutôt que des consignes strictes sur la façon d'aborder les axes thérapeutiques les uns après les autres.

Dans ce chapitre, nous développons les raisons qui conduisent à cette démarche particulière de l'ACT. La plupart de ces raisons portent sur la recherche de flexibilité dans la relation thérapeutique elle-même, avec un souci constant porté à la fonction des comportements, en l'occurrence ceux du thérapeute. Il s'agit en fait pour le thérapeute (comme il essaie de le transmettre à son patient !) de gagner en flexibilité pour agir vers une direction valorisée, plutôt qu'en suivant des règles arbitraires.

Néanmoins, même si chaque thérapie ACT est différente, plusieurs principes permettent d'organiser la thérapie. Ce chapitre présente ces principes.

Pourquoi une absence de protocole ?

Nous verrons ultérieurement (voir Chapitre 13, « La flexibilité du thérapeute ») que l'ACT s'applique également au thérapeute. L'absence de protocole figé prolonge cette exigence de généralisation des principes de l'ACT à la relation thérapeutique. La recherche principale est avant tout celle de la flexibilité. Par rapport à l'utilisation du modèle, mais aussi par rapport au modèle lui-même.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

En ce qui concerne l'utilisation du modèle, cette dernière doit rester la plus souple possible et s'appuyer sur ce que chaque patient rencontre comme difficultés. L'évaluation quantitative présentée dans la figure 10.1 permet d'estimer ce qui est prépondérant pour le patient entre la lutte, la fusion, le manque de contact avec l'instant présent, la fusion avec le soi conceptualisé, le manque de mise en évidence des valeurs ou l'absence d'actions engagées.

Ce schéma reprend chacun des axes thérapeutiques et permet de les évaluer le long de continuums de 1 à 10. Pour les valeurs, par exemple, un patient qui connaît précisément ce qui est important pour lui recevra un score de 10 ; un autre qui a des difficultés à définir ce qui compte dans sa vie recevra un score inférieur, jusqu'à 1 s'il ne parvient pas du tout à préciser ce qui est important pour lui.

Grâce à cet outil, le thérapeute peut évaluer les axes les plus problématiques pour son patient. Cet outil permet également de réaliser un suivi quantitatif de l'avancée de la thérapie. Il peut contribuer à constituer une ligne de base au début de la thérapie et à observer périodiquement la progression des différents axes ciblés.

C'est en fonction de ce que le thérapeute repère chez chaque patient qu'il décide de l'axe thérapeutique par lequel débuter ou continuer la thérapie. Parmi les thérapeutes ACT, certains rapportent qu'ils préfèrent débuter la thérapie par un travail sur les valeurs, d'autres en abordant le manque d'acceptation au moyen du désespoir créatif. D'autres encore ciblent de façon privilégiée l'absence de contact avec l'instant présent. Mais malgré les préférences de chacun, c'est avant tout le ou les axes sur lesquels le patient se trouve le plus en difficulté qui gouvernent leur choix pour se centrer sur un axe thérapeutique ou un autre. Dans notre propre pratique, nous observons généralement deux grandes catégories : d'un côté les patients pour lesquels prédominent l'absence d'engagement et les efforts pour contrôler les événements psychologiques – nous choisissons alors d'axer le travail sur l'acceptation, les valeurs et l'engagement –, de l'autre les patients chez qui on observe essentiellement des ruminations, une recherche d'explication, des jugements définitifs sur soi – nous centrons alors le travail sur la défusion et le soi comme contexte.

Mais cette typologie ne reflète que les patients que nous rencontrons et ne peut être considérée comme définitive. Ce n'est qu'en restant flexible dans l'utilisation du modèle thérapeutique que le thérapeute parvient à proposer une démarche adaptée à chacun de ses patients. Cela amène le thérapeute à se centrer sur ce qui se passe dans la relation thérapeutique, à davantage porter son attention sur ce que dit et fait le patient. Sans règle stricte à suivre, les décisions du thérapeute sont guidées par ce qui se passe dans l'instant présent, par les réactions de son patient. Il est donc davantage sous le contrôle de *tracks* que sous celui de *plys* (voir Chapitre 6, « Quand le langage nous aveugle »), ce

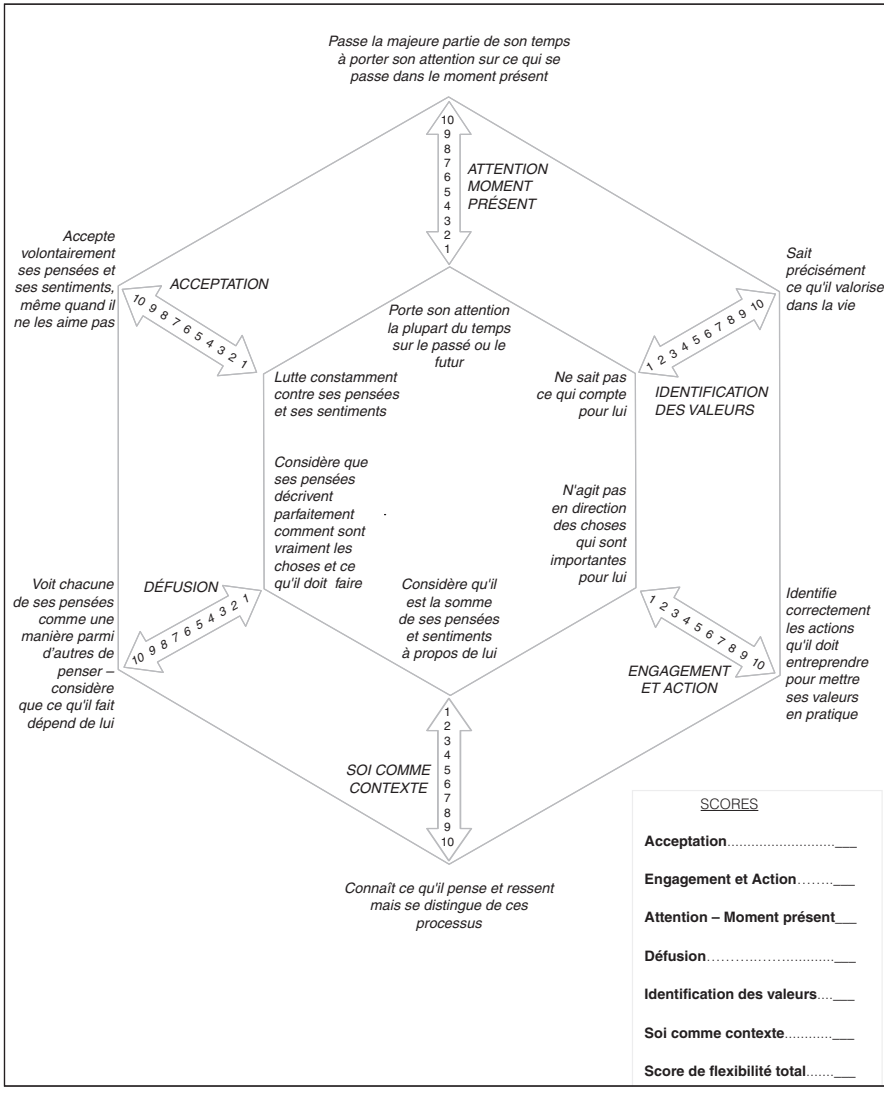

Passe la majeure partie de son temps à porter son attention sur ce qui se passe dans le moment présent
10 9 8 7 6 5 4 3 2 1
ATTENTION MOMENT PRÉSENT
Accepte volontairement ses pensées et ses sentiments, même quand il ne les aime pas
ACCEPTATION
10 9 8 7 6 5 4 3 2 1
Sait précisément ce qu'il valorise dans la vie
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Porte son attention la plupart du temps sur le passé ou le futur
Lutte constamment contre ses pensées et ses sentiments
Ne sait pas ce qui compte pour lui
IDENTIFICATION DES VALEURS
Considère que ses pensées décrivent parfaitement comment sont vraiment les choses et ce qu'il doit faire
N'agit pas en direction des choses qui sont importantes pour lui
Voit chacune de ses pensées comme une manière parmi d'autres de penser – considère que ce qu'il fait dépend de lui
DÉFUSION
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Considère qu'il est la somme de ses pensées et sentiments à propos de lui
Identifie correctement les actions qu'il doit entreprendre pour mettre ses valeurs en pratique
ENGAGEMENT ET ACTION
10 9 8 7 6 5 4 3 2 1
SOI COMME CONTEXTE
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Connaît ce qu'il pense et ressent mais se distingue de ces processus
SCORES
Acceptation.....___
Engagement et Action.....___
Attention – Moment présent___
Défusion.....___
Identification des valeurs....___
Soi comme contexte.....___
Score de flexibilité total.....___

FIGURE 10.1. **Évaluation quantitative des difficultés rencontrées par le patient (adapté d'après Chantry, 2008 ; voir également Wilson, 2007).**

qui constitue un avantage certain pour gagner en flexibilité dans ses choix thérapeutiques.

La flexibilité en regard du modèle lui-même est également très importante. Elle porte sur la fusion que chaque thérapeute peut entretenir avec le modèle thérapeutique qu'il utilise. Face à un modèle à appliquer à la lettre, le thérapeute risque de ne plus se centrer sur ce qui se passe ici et maintenant car il peut dépenser beaucoup de temps et d'énergie à se demander s'il suit correctement ce qui est prescrit par tel ou tel auteur. C'est aussi la raison de la prudence de l'ACT face aux protocoles. La fonction que le thérapeute souhaite pour ses comportements est évidemment que le patient vive mieux. La fonction des comportements du thérapeute n'est pas de se conformer à un programme, à un manuel ou à la présentation du modèle thérapeutique par tel ou tel. Il pourrait paraître étrange qu'un manuel destiné aux thérapeutes conseille de ne pas se conformer à ce qu'il contient. Ce que nous suggérons plus précisément est de ne suivre les conseils de ce manuel que s'ils sont utiles en regard des objectifs que vous vous fixez. Ce point fait directement appel à la notion d'a-ontologie, au cœur même de la philosophie de l'ACT (voir encadré).

La notion d'a-ontologie et le critère de véracité

Il n'existe pour l'ACT aucune vérité absolue et définitive. Chaque concept est évalué dans le contexte dans lequel il est utilisé, et en fonction de l'aide qu'il apporte pour atteindre un objectif précis. Dans les termes de William James : « *La vérité d'une idée n'est pas une propriété inerte qu'elle contient. La vérité, c'est quelque chose qui arrive à une idée. Elle devient vraie, ce sont les événements qui la rendent vraie*. » (1907, p. 161). De même, la façon selon laquelle le thérapeute agit dans la prise en charge de son patient n'est ni juste ni fausse en elle-même. Elle est à évaluer en fonction des objectifs que le thérapeute se fixe. Il est donc nécessaire que le thérapeute garde une grande flexibilité face au modèle thérapeutique auquel il se réfère, puisque ce modèle ne renferme pas de vérité absolue et définitive, mais qu'il doit être évalué en regard de son efficacité dans une situation donnée. Charge au thérapeute d'évaluer si le modèle qu'il utilise répond aux objectifs qu'il se fixe et, au besoin, de l'adapter.

Enfin, proposer un ordre et un découpage du travail thérapeutique suggérerait qu'il est possible de séquencer parfaitement l'abord d'un axe ou d'un autre. En réalité, les différents axes thérapeutiques sont tous intimement liés. Progresser dans le contact avec l'instant présent permet d'améliorer l'acceptation (pour être en contact avec l'instant présent, il est nécessaire d'accueillir tout ce qui se présente en soi) et la défusion (le contact avec l'instant présent consiste à s'intéresser aux perceptions et non à l'analyse langagière) ; progresser vers la défusion de ses pensées permet de les observer depuis un autre point de vue et donc d'avancer dans le développement d'un soi comme contexte d'apparition des

événements psychologiques (voir une pensée comme un événement psychologique et non s'intéresser à ce qu'elle dit est un moyen de constater que je ne suis pas cette pensée), etc. Qui plus est, le découpage en axes thérapeutiques n'intéresse que le thérapeute. Considérez par exemple l'extrait d'entretien suivant :

« *Je suis une mauvaise mère. C'est horrible, je n'arriverai jamais à élever mes enfants comme il faut. C'est pour ça que je bois parfois.* »

Dans ces trois phrases, on retrouve la fusion avec le soi conceptualisé (« *Je suis une mauvaise mère* »), un manque de contact avec l'instant présent (la patiente envisage déjà que, dans le futur, ses enfants ne seront pas élevés comme il le faut), un évitement expérientiel (consommer de l'alcool), de la fusion (« *C'est horrible* » constitue une pensée dont le contenu est totalement validé par la patiente, « *C'est pour ça que je bois* » laisse entendre que c'est la pensée « *Je suis une mauvaise mère* » qui contrôle l'action de boire), et l'évocation d'une valeur (si la patiente souffre en pensant qu'elle ne pourra jamais élever convenablement ses enfants, c'est que ce point est d'une grande importance pour elle). Le développement d'un des axes thérapeutiques dans une telle situation aura immanquablement des effets sur les autres.

Quelques principes directeurs

Une fois encore, il n'existe aucun ordre particulier à respecter dans le déroulement d'une thérapie ACT. Il est impossible de séparer les différents axes thérapeutiques les uns des autres, et chaque thérapeute se rend vite compte qu'ils sont tous travaillés simultanément au cours de chaque entretien. Il reste que, par expérience, nous avons constaté qu'une progression partielle sur certains axes facilitait l'abord des suivants, ou encore permettait de développer une relation thérapeutique de qualité dès les premières rencontres.

Aller directement à l'essentiel

Tous les patients ne rencontrent pas de difficultés sur les six axes que cible l'ACT. En ciblant en premier lieu l'axe (ou les axes) sur lequel un patient a le plus de difficultés, on observe le plus souvent l'apparition d'un cercle vertueux : les autres points en lien avec celui travaillé s'améliorent d'eux-mêmes. La flexibilité psychologique gagnée dans le travail sur un axe thérapeutique est généralement transférée aux autres. Inutile de se focaliser excessivement sur les points qui ne posent que des problèmes mineurs au patient.

Avoir développé l'acceptation avant de s'engager dans des actions valorisées

Si l'acceptation n'est pas suffisamment développée et que les actions valorisées choisies sont sources d'émotions et de pensées douloureuses

pour le patient, les risques qu'il agisse en continuant majoritairement à lutter contre ses événements psychologiques sont grands. C'est dans ces circonstances qu'on constate l'apparition d'évitements mentaux (essayer de penser à quelque chose d'autre, de se rassurer, etc.). Par ailleurs, si le désespoir créatif n'a pas été suffisamment avancé, le patient peut envisager l'engagement dans l'action dans le but de faire cesser les événements psychologiques qui le font souffrir. En d'autres termes, l'objectif de la thérapie ne sera pas le même pour le thérapeute et le patient, et ce dernier pourra rapidement conclure que la thérapie ne l'aide pas vers le but qu'il s'est fixé (c'est-à-dire contrôler les pensées et les émotions contre lesquelles il lutte).

Avoir une idée des valeurs avant de travailler l'acceptation

La découverte de l'acceptation est fréquemment un choc pour le patient. D'abord parce que, le plus souvent, il n'a jamais envisagé la possibilité de vivre pleinement ses événements psychologiques difficiles auparavant, mais surtout parce que la démarche d'acceptation entraîne de changer radicalement de conduite face aux événements psychologiques. En résumé, il n'est pas facile de débuter le changement que constitue l'acceptation lorsqu'on a été habitué à faire exactement l'inverse. Il est donc nécessaire que le patient connaisse rapidement les objectifs de l'acceptation, en plus de constater le manque d'efficacité et les risques de la lutte. Pour favoriser la démarche d'acceptation, il peut être utile, au cours d'un des premiers entretiens, de demander au patient ce qu'il souhaite que la thérapie lui apporte, en dehors d'une disparition de ce qui le fait souffrir actuellement. Cette courte évocation des valeurs sert de moteur à la suite de la thérapie.

Ramener le plus souvent possible au contact avec l'instant présent et avec le soi comme contexte

En raison des propriétés de dérivation du langage, tous les patients perdent fréquemment le contact avec l'instant présent et avec la perspective particulière que constitue le soi comme contexte. Au cours d'un entretien, ils se retrouvent très rapidement à parler du passé ou du futur et à ne plus être en contact avec ce qui se passe ici et maintenant. Le thérapeute les ramène le plus souvent possible à observer ce qui se déroule en eux au moment où ils le vivent. Cela passe par des propositions de la part du thérapeute pour s'arrêter sur les émotions qui se présentent en entretien, des demandes de description de ces émotions, des temps pendant lesquels le thérapeute propose de vivre pleinement ces émotions ici et maintenant.

Revenir régulièrement au travail sur l'acceptation

La démarche d'acceptation est contre-intuitive, et les patients qui viennent nous consulter sont généralement des « champions » de la lutte.

On constate le plus souvent qu'elle réapparaît, car il s'agit d'un mode de rapport aux événements psychologiques automatisé. Nous expliquons d'ailleurs aux patients que nous-mêmes, thérapeutes aguerris, nous surprenons fréquemment à initier une lutte contre nos événements psychologiques. Aussi, il est habituel que la lutte réapparaisse chez les patients, dans des formes parfois discrètes. Il est utile de rappeler alors au patient les conclusions auxquelles il est lui-même parvenu durant la phase de désespoir créatif : son expérience lui indique que la lutte ne fonctionne que provisoirement, et que son coût est démesuré.

Chapitre 11

Évaluer les avancées thérapeutiques

La place du symptôme dans l'ACT

Une des positions centrales de l'ACT est que les émotions, les pensées et les sensations font intégralement partie de l'existence, même lorsqu'elles sont désagréables et pénibles. Personne ne peut garantir une vie sans anxiété ou sans tristesse, et cela constitue malheureusement la destinée de chacun de nous que de rencontrer des échecs, des pertes, des disparitions ou des incertitudes. Cependant, l'ACT considère qu'il est possible de vivre une vie riche tout en ressentant de l'anxiété, de la colère, de la tristesse, ou toute autre émotion négative. L'objectif de l'ACT n'est donc pas de supprimer ou diminuer ces « symptômes », d'autant que nous avons vu précédemment que cela est rarement possible, nécessite temps et énergie, et conduit à un effet le plus souvent opposé à celui recherché. En revanche, si des manifestations émotionnelles comme l'anxiété, la peur ou la tristesse ne peuvent être contrôlées sur commande, il est possible de diminuer la part de souffrance associée à la lutte vaine pour les faire disparaître (c'est-à-dire la peur d'être à nouveau triste, la culpabilité d'être paniqué, etc.).

Dans l'ACT, ce qu'on peut qualifier de « symptômes » est constitué par la perte de flexibilité psychologique – cette capacité à conserver une palette de réactions diversifiées en présence d'expériences psychologiques douloureuses, à ne pas chercher de façon stéréotypée à les modifier ou les supprimer – et par le manque d'actions engagées vers des valeurs, que ce manque résulte d'obstacles à l'action ou de l'absence de définition même des valeurs. Lorsque les patients viennent nous rencontrer, ce qu'ils mettent en avant comme problématique dans leur existence est généralement les symptômes au sens canonique du terme (attaques de panique, tristesse, rituels, hallucinations, dépendances, etc.). Mais ce qui les fait généralement le plus souffrir est la perte de la possibilité d'agir comme ils le souhaiteraient, vers ce qui compte pour eux. En d'autres termes, c'est le plus souvent lorsqu'ils sont contraints

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

d'agir en désaccord avec leurs valeurs que les patients se décident à consulter.

La place que l'ACT accorde aux symptômes dans leur acception habituelle l'éloigne donc des approches catégorielles telles qu'elles peuvent être représentées par le DSM ou la CIM. Ces classifications s'intéressent à la forme d'expression du symptôme, à sa topographie. Le problème est que des symptômes apparemment identiques peuvent avoir des conséquences différentes pour chaque patient. Ce n'est pas la même chose de consommer de l'alcool pour se récompenser d'une journée de travail difficile, pour se donner du courage avant d'aller accoster quelqu'un ou pour essayer d'oublier un divorce. Pourtant, ce symptôme sera considéré de la même façon par une approche catégorielle. À l'inverse, c'est la différenciation de la *fonction* du symptôme qui est importante dans l'ACT, c'est-à-dire les conséquences que ce symptôme entraîne pour le patient, ainsi que le contexte dans lequel ce symptôme apparaît. Pour l'ACT, ce qui compte n'est plus le fait de décrire topographiquement les manifestations émotionnelles, cognitives et comportementales afin de poser un diagnostic et de tenter de faire diminuer ou de supprimer ces manifestations. L'important pour l'ACT est d'accroître la possibilité de choix d'actions en présence de ces manifestations, et d'orienter ce choix vers des actions qui remettent le patient en cohérence avec ce qu'il estime important dans son existence.

Aussi, il serait faux de considérer que l'ACT n'a pas pour objectif la disparition des symptômes. Cela constitue bel et bien son objectif premier. Mais ce qui est considéré comme symptôme n'est pas constitué des manifestations émotionnelles, cognitives et comportementales retenues jusqu'alors. Ce sont la perte de flexibilité psychologique et le manque d'actions engagées en direction des valeurs qui constituent les symptômes ciblés par l'ACT. Ces symptômes semblent présents dans tous les troubles psychologiques. De ce fait, et en accord avec l'approche dimensionnelle et fonctionnelle choisie, il n'existe pas à proprement parler d'indications spécifiques à ce modèle thérapeutique. Des résultats sont attendus à chaque fois que ces symptômes seront présents, et la variété des pathologies pour lesquelles des résultats ont déjà été obtenus conduit à penser que cette approche est valide (voir Chapitre 1, « Au-delà du langage, la flexibilité psychologique »).

Puisque l'ACT définit tout de même des symptômes comme cibles thérapeutiques (perte de flexibilité psychologique et manque d'actions engagées en direction des valeurs), il est possible et nécessaire d'évaluer quantitativement ces symptômes et leur évolution au cours de la thérapie. Nous décrivons dans ce chapitre les outils qui permettent cette évaluation.

Quels symptômes évaluer dans l'ACT ?

Si l'on s'intéresse à des variables plus opérationnalisées du symptôme dans l'ACT, il est possible d'évaluer quantitativement les différents axes vers lesquels est dirigée la démarche thérapeutique. Pour le dire autrement, cela signifie considérer que le symptôme dans l'ACT est la perte de flexibilité psychologique qui conduit au manque d'engagement vers les valeurs et que, dans le détail, la perte de flexibilité et d'engagement implique :

- l'évitement expérientiel (ciblé par le travail d'acceptation) ;
- la fusion cognitive (ciblée par le travail de défusion) ;
- la perte de contact avec l'instant présent (ciblée par le développement de la pleine conscience) ;
- la fusion avec une description verbale et normative de soi (ciblée par le travail sur le soi comme contexte/contenu) ;
- les difficultés à repérer les valeurs importantes pour soi, ou encore un manque de valeurs solidement construites (ciblés par le travail sur les valeurs) ;
- le décalage entre les valeurs importantes pour le patient et les actions concrètement mises en œuvre (ciblé par le travail d'engagement).

Ces différentes variables ont été étudiées dans ce souci de quantification. Leur évaluation se révèle importante à deux titres. Premièrement, si elles sont envisagées comme symptômes à cibler au cours de la thérapie, il est évidemment important de pouvoir les évaluer afin de constater l'efficacité ou non des mesures thérapeutiques mises en place. À ce titre, les échelles et questionnaires présentés plus loin dans ce chapitre peuvent être utilisés à différents moments de la thérapie – par exemple au début de la thérapie et après quelques séances –, afin de poursuivre ou de modifier la stratégie thérapeutique utilisée. De même, ces variables peuvent être utilisées comme indicateur complémentaire de la possibilité de la fin d'une thérapie.

Parallèlement, ces échelles et questionnaires peuvent être utiles au thérapeute afin de le guider dans ses choix thérapeutiques. En effet, si l'ACT ne se présente pas comme un traitement manualisé suivant un protocole strict, il est tout de même nécessaire de développer une stratégie thérapeutique s'attachant à cibler prioritairement les axes qui posent le plus de difficultés au patient. Grâce aux outils présentés ci-dessous, le thérapeute peut déterminer ses objectifs thérapeutiques en fonction des difficultés que présente chaque patient.

Nous présentons ci-après les échelles et questionnaires utilisables en thérapie comme en recherche. Nous avons choisi de ne présenter qu'un seul outil pour chaque variable bien qu'il puisse en exister plusieurs pour chacune d'entre elles.

Chaque outil est décrit quant à sa forme, ses règles d'utilisation et son évaluation psychométrique en lien avec d'autres outils de mesure.

L'évitement expérientiel

Description de l'outil

L'évitement expérientiel constitue la cible principale de l'ACT, c'est pourquoi nous présentons son évaluation en premier. Elle peut être réalisée au moyen du Questionnaire d'acceptation et d'action (*Acceptance and Action Questionnaire*, AAQ ; Hayes et al., 2006 ; Bond et al., soumis). Ce questionnaire évalue le degré d'évitement émotionnel et l'incapacité à agir efficacement en présence d'expériences psychologiques difficiles. Il comprend des items à propos de la lutte contre les pensées, l'évaluation négative des événements psychologiques, ainsi que des questions sur le contrôle expérientiel, l'échappement et l'évitement. Dans sa deuxième version présentée ici, l'AAQ-II est un questionnaire composé de dix items auxquels le patient répond seul (autoquestionnaire). Les réponses se font sur une échelle progressive de Likert à sept niveaux (de 1 : « Jamais vrai », à 7 : « Toujours vrai »). Les scores possibles s'échelonnent donc de 10 à 70.

AAQ-II

Voici une liste d'affirmations. Merci d'évaluer à quel point chaque affirmation est vraie pour vous en entourant le chiffre qui correspond le mieux à votre réponse.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais vrai	**Très rarement vrai**	**Rarement vrai**	**Parfois vrai**	**Souvent vrai**	**Presque toujours vrai**	**Toujours vrai**

1.	Si j'ai un souvenir désagréable, je le laisse venir.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Mes expériences et mes souvenirs douloureux me gênent pour conduire ma vie comme il me tiendrait à cœur de le faire.	1	2	3	4	5	6	7
3.	J'ai peur de mes émotions.	1	2	3	4	5	6	7
4.	J'ai peur de ne pas être capable de contrôler mes inquiétudes et mes émotions.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Mes souvenirs douloureux m'empêchent de m'épanouir dans la vie.	1	2	3	4	5	6	7
6.	J'ai le contrôle de ma vie.	1	2	3	4	5	6	7
7.	Les émotions sont une source de problèmes dans ma vie.	1	2	3	4	5	6	7
8.	J'ai l'impression que la plupart des gens gèrent leur vie mieux que moi.	1	2	3	4	5	6	7
9.	Mes soucis m'empêchent de réussir.	1	2	3	4	5	6	7
10.	Mes pensées et mes émotions ne m'empêchent pas de vivre ma vie comme je le veux.	1	2	3	4	5	6	7

D'après Bond et al., soumis ; version française : Monestès et al. (2009).

Règles de passation et de dépouillement

Le questionnaire est donné au patient qui y répond seul. Le temps de passation est court (moins de dix minutes) en raison du faible nombre d'items.

Le score total à l'AAQ-II est obtenu par la somme des valeurs choisies pour chaque item, sauf pour les items 2, 3, 4, 5, 7, 8 et 9 qui voient leurs scores inversés (par exemple, si le patient choisi la réponse « Toujours vrai » pour l'item 3 « *J'ai peur de mes émotions* », le score à cet item sera 1).

Le score total à l'AAQ-II s'apprécie de façon négative ; un score bas est synonyme d'une moins grande flexibilité psychologique, c'est-à-dire d'une tendance à l'évitement expérientiel plus prononcée.

Évaluation psychométrique, fiabilité d'usage et validation en français

L'AAQ-II est un questionnaire fiable qui peut être utilisé en pratique clinique comme en recherche. L'indice de cohésion interne (alpha de Cronbach) est en moyenne de 0,83 et le questionnaire présente une bonne stabilité temporelle (r = 0,80) à trois mois.

Les différents travaux menés jusqu'alors on mis en évidence une corrélation forte avec la dépression, l'anxiété, le stress, la consommation de toxiques, le stress post-traumatique, les automutilations, la douleur chronique, les symptômes phobiques et la trichotillomanie (Hayes et al., 2006). Par ailleurs, une corrélation négative est observée avec des facteurs comme la qualité de vie, le fait de se sentir en accord avec soi, ou encore le sentiment d'authenticité (Kashdan et al., 2006 ; John et Gross, 2004).

L'AAQ-II a été traduite et validée en langue française (Monestès et al., 2009). Nous disposons de valeurs indicatives pour des groupes de sujets contrôles (moyenne = 47,49, écart type = 10,69), déprimés et anxieux (moyenne = 34,62, écart type = 9,83) et douloureux chroniques (moyenne = 40,24, écart type = 10,74), qui recoupent les données dans d'autres langues et permettent de situer chaque patient. Dans un échantillon de 207 sujets contrôles, nous avons obtenu la répartition des scores en percentiles reproduite dans le tableau 11.1. Seuls 5 % de l'échantillon obtiennent un score inférieur à 30 à l'AAQ-II.

Des comparaisons de l'AAQ-II ont été menées sur six versions différentes en six langues. Elles mettent en évidence des résultats analogues, que ce soit pour les scores obtenus dans différentes populations ou pour la structure à un seul facteur du questionnaire, ce qui en fait un outil robuste et fiable. La structure unifactorielle permet d'envisager l'évitement

Tableau 11.1. **Répartition en percentiles des scores à l'AAQ-II sur un échantillon francophone de 207 sujets**

Percentile	Score total à l'AAQ-II
5	30-33
10	34-37
20	38-41
30	42-45
40	46-48
50	49-50
60	51-53
70	54-56
80	57-59
90	60-62
95	63

expérientiel comme une variable psychologique indépendante des autres construits. Sa forte corrélation avec des symptômes variés en fait un outil dimensionnel qui transcende les catégories psychiatriques habituellement retenues.

Enfin, des déclinaisons de l'AAQ ont été construites pour des symptomatologies particulières comme les hallucinations (VAAS ; Shawyer et al., 2007), les problématiques d'image corporelle (BI-AAQ ; Sandoz, 2010), la dépendance au tabac (Gifford et al., 2004), les problématiques d'obésité (AAQ-W ; Lillis et Hayes, 2008) ou la douleur chronique (CPAQ ; Vowles et al., 2008), dont certaines comme l'AAQ-W et la BI-AAQ sont en cours de validation en français.

La fusion cognitive

Description de l'outil

La fusion cognitive peut être évaluée au moyen du Questionnaire de fusion cognitive (*Cognitive Fusion Questionnaire* – CFQ28 ; Dempster et al., 2009). Ce questionnaire regroupe des items sur la fusion avec les pensées, mais aussi sur les capacités de défusion. Il regroupe vingt-huit items auxquels le participant répond au moyen d'une échelle de Likert à sept points (de 1 : « Jamais vrai », à 7 : « Toujours vrai »). Les scores possibles s'échelonnent donc de 28 à 196.

CFQ28

Voici une liste d'affirmations. Merci d'entourer le chiffre qui correspond le mieux à votre réponse.

1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**				**7**			
Jamais vrai	**Très rarement vrai**	**Rarement vrai**	**Parfois vrai**	**Souvent vrai**	**Presque toujours vrai**				**Toujours vrai**			
1.	Mes pensées me font souffrir ou me rendent triste.				1	2	3	4	5	6	7	
2.	Je me dis que je ne devrais pas penser comme je pense.				1	2	3	4	5	6	7	
3.	Même lorsque j'ai des pensées pénibles, je sais qu'elles deviendront moins importantes à un moment ou un autre.				1	2	3	4	5	6	7	
4.	Je me trouve préoccupé(e) par l'avenir ou le passé.				1	2	3	4	5	6	7	
5.	Je porte des jugements sur le fait que mes pensées sont bonnes ou mauvaises.				1	2	3	4	5	6	7	
6.	Même lorsque j'ai des pensées bouleversantes, je peux percevoir que ces pensées peuvent ne pas être littéralement vraies.				1	2	3	4	5	6	7	
7.	Je m'agace moi-même d'avoir certaines pensées.				1	2	3	4	5	6	7	
8.	Je crois que mes pensées doivent changer avant de pouvoir vivre une vie heureuse.				1	2	3	4	5	6	7	
9.	Je trouve facile de considérer mes pensées depuis un point de vue différent.				1	2	3	4	5	6	7	
10.	J'ai tendance à être très embrouillé(e) dans mes pensées.				1	2	3	4	5	6	7	
11.	Je pense que certaines de mes pensées sont mauvaises ou inappropriées.				1	2	3	4	5	6	7	
12.	Cela me démoralise lorsque j'ai des pensées négatives à propos de moi.				1	2	3	4	5	6	7	
13.	Je focalise beaucoup mon attention sur les pensées qui me font souffrir.				1	2	3	4	5	6	7	
14.	Je dois lutter énormément pour laisser tomber mes pensées désagréables, même si je sais bien que cela m'aiderait.				1	2	3	4	5	6	7	
15.	Mes pensées m'empêchent de me concentrer sur ce que je suis en train de faire.				1	2	3	4	5	6	7	
16.	Je suis tellement pris par mes pensées que je suis incapable de faire les choses que je veux vraiment faire.				1	2	3	4	5	6	7	
17.	J'analyse trop les situations au point que cela devient inutile pour moi.				1	2	3	4	5	6	7	
18.	Je peux observer mes pensées avec recul, sans être complètement pris dedans.				1	2	3	4	5	6	7	

19.	Avoir des pensées très différentes les unes des autres sur un même sujet ne pose pas de problème.	1	2	3	4	5	6	7
20.	Il m'est possible d'avoir des pensées négatives à propos de moi et malgré tout de savoir que je suis quelqu'un de bien.	1	2	3	4	5	6	7
21.	Je suis capable d'accomplir ce qui est important dans ma vie même lorsque mes pensées m'affectent.	1	2	3	4	5	6	7
22.	Je lutte contre mes pensées.	1	2	3	4	5	6	7
23.	Je peux accomplir des choses difficiles même si mes pensées disent qu'elles sont impossibles à réaliser.	1	2	3	4	5	6	7
24.	Je peux avoir conscience de mes pensées sans nécessairement y réagir.	1	2	3	4	5	6	7
25.	Dès que je commence à penser à quelque chose qui m'affecte, j'ai du mal à me concentrer sur autre chose.	1	2	3	4	5	6	7
26.	Je dois contrôler les pensées qui arrivent dans ma tête.	1	2	3	4	5	6	7
27.	J'ai tendance à réagir très fortement à mes pensées.	1	2	3	4	5	6	7
28.	Je suis tellement pris(e) dans mes pensées que j'en oublie ce que je suis en train de faire.	1	2	3	4	5	6	7

D'après Dempster et al., 2009 ; traduction de Monestès, Simon-Juillan, Cheval et Villatte, en cours de validation en français.

Règles de passation et de dépouillement

Le CFQ28 est un autoquestionnaire. Une quinzaine de minutes sont nécessaires pour y répondre. Le score total au CFQ28 est obtenu en additionnant les valeurs choisies pour chaque item par le patient, sauf pour les items 3, 6, 9, 18, 19, 20, 21, 23 et 24, qui reçoivent un score inversé. Le score total s'apprécie de façon positive : un plus haut score reflète une fusion cognitive plus marquée.

Évaluation psychométrique, fiabilité d'usage et validation en français

Le Questionnaire de fusion cognitive présente une structure à deux facteurs : fusion et défusion. Sa cohérence interne est bonne, avec un alpha de 0,86. Le score moyen obtenu jusqu'à présent avec des populations de participants contrôles est de 97,9 (écart type = 21,1). Une version abrégée est en cours de développement.

Ce questionnaire d'évaluation de la fusion cognitive présente une corrélation négative avec l'AAQ-II ($r = -0{,}67$; $p < 0{,}001$), affirmant ainsi les liens forts entre la fusion cognitive et l'évitement expérientiel. Des corrélations avec la pleine conscience ($r = -42$; $p < 0{,}001$) et la

tendance au contrôle des pensées ($r = 0{,}18$; $p < 0{,}05$) ont également été retrouvées (Dempster et al., 2009).

La version française du CFQ28 est en cours de validation. La version présentée ici est proposée à des fins d'usage clinique simple.

Fusion et évitement expérientiel

Description de l'outil

L'Inventaire des tendances à la suppression (*White Bear Suppression Inventory* – WBSI ; Wegner et Zanakos, 1994) mesure l'évitement expérientiel au niveau des pensées, la tendance à essayer de contrôler les pensées intrusives et à les faire disparaître. Deux dimensions particulières ont été retrouvées pour ce questionnaire : la tendance à recourir à la suppression de pensées et la fréquence des pensées intrusives (Schmidt et al., 2009).

Le WBSI est un autoquestionnaire en quinze items auquel le participant répond sur une échelle de Likert à cinq points (de 1 : « Pas d'accord du tout », à 5 : « Tout à fait d'accord »). Les scores possibles s'échelonnent donc de 15 à 75.

WBSI

Ce questionnaire porte sur les pensées. Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses, alors veuillez répondre honnêtement à chaque item ci-dessous. Assurez-vous de bien donner une réponse à chaque item en encerclant la lettre appropriée.

1		**2**	**3**	**4**	**5**				
Pas du tout d'accord		**Pas d'accord**	**Neutre ou je ne sais pas**	**D'accord**	**Tout à fait d'accord**				
1.	Il y a des choses auxquelles je préfère ne pas penser.				1	2	3	4	5
2.	Quelquefois je me demande pourquoi j'ai les pensées que j'ai.				1	2	3	4	5
3.	J'ai des pensées que je ne peux pas arrêter.				1	2	3	4	5
4.	Il y a des images qui me viennent à l'esprit que je ne peux pas effacer.				1	2	3	4	5
5.	Mes pensées reviennent fréquemment à une même idée.				1	2	3	4	5
6.	Je souhaiterais pouvoir arrêter de penser à certaines choses.				1	2	3	4	5
7.	Quelquefois mon esprit s'emballe si vite que je souhaiterais pouvoir l'arrêter.				1	2	3	4	5
8.	J'essaie toujours d'écarter les problèmes hors de mon esprit.				1	2	3	4	5
9.	Il y a des pensées qui n'arrêtent pas de surgir dans ma tête.				1	2	3	4	5

10.	Quelquefois je reste occupé(e) seulement pour empêcher que des pensées fassent intrusion dans mon esprit.	1	2	3	4	5
11.	Il y a des choses auxquelles j'essaie de ne pas penser.	1	2	3	4	5
12.	Quelquefois je souhaiterais vraiment pouvoir arrêter de penser.	1	2	3	4	5
13.	Je fais souvent des choses pour me distraire de mes pensées.	1	2	3	4	5
14.	J'ai des pensées que j'essaie d'éviter.	1	2	3	4	5
15.	Il y a beaucoup de pensées que j'ai dont je ne parle à personne.	1	2	3	4	5

D'après Wegner et Zanakos, 1994 ; version française de Schmidt et al. (2009).

Règles de passation et de dépouillement

Le questionnaire est donné au patient qui y répond seul. Le temps de passation est court (moins de dix minutes). Aucun des items ne reçoit un score inversé ; le score total au WBSI s'obtient en effectuant la somme des valeurs choisies par le patient pour chaque item.

Le score total au WBSI s'apprécie de façon positive : un plus haut score est synonyme d'une tendance plus prononcée à la suppression de pensées.

Évaluation psychométrique, fiabilité d'usage et validation en français

Le WBSI est un outil fiable qui présente une bonne cohésion interne (alphas de Cronbach entre 0,87 et 0,89). Les évaluations en test-retest retrouvent une stabilité temporelle permettant d'envisager que la tendance à la suppression de pensée représente un trait plutôt qu'un état. Nos travaux (Monestès et al., 2009) ont mis en évidence une moyenne de 42,72 (écart type = 13,67) pour ce questionnaire dans un groupe contrôle de 210 participants, et de 57,06 (écart type = 12,16) pour un groupe de patients présentant des symptomatologies dépressives et/ou anxieuses.

Plusieurs recherches ont montré que la tendance à la suppression constitue un facteur de maintenance ou d'aggravation important de nombreux troubles psychologiques comme les états de stress post-traumatique, les troubles obsessionnels-compulsifs, la dépression, les troubles anxieux généralisés ou les addictions (Najmi et Wegner, 2008).

La version française de l'Inventaire des tendances à la suppression a été validée par Schmidt et al. (2009) et peut être utilisée en clinique comme en recherche.

La perte de contact avec l'instant présent

Description de l'outil

Il existe de nombreux outils pour évaluer la perte de contact avec l'instant présent et la pleine conscience. Nous avons choisi de présenter l'Échelle d'attention et de pleine conscience (*Mindful Attention Awareness Scale* – MAAS ; Brown et Ryan, 2003) qui présente les avantages de se centrer sur le contact avec l'instant présent indépendamment de l'acceptation ou d'autres composantes de la pleine conscience, de regrouper un faible nombre d'items et d'avoir été étudiée en regard de l'évitement expérientiel et de la tendance à la suppression de pensées.

La MAAS est une échelle à quinze items auxquels le patient répond au moyen d'une échelle de Likert en six points (de 1 : « Presque toujours », à 6 : « Presque jamais »). Elle mesure la tendance à être attentif et conscient du moment présent et de l'expérience actuelle dans les domaines cognitif, émotionnel, physique et interpersonnel. Elle est destinée à des patients qui n'ont pas d'expérience particulière en pleine conscience ou en méditation.

MAAS

Voici une série de propositions décrivant des expériences de la vie quotidienne. Veuillez indiquer à l'aide de l'échelle allant de 1 à 6 la fréquence avec laquelle vous vivez chacune de ces expériences actuellement. Veuillez, s'il vous plaît, répondre selon votre expérience réelle plutôt que selon ce que vous pensez que votre expérience devrait être.

1	2	3	4	5	6
Presque toujours	Très fréquemment	Assez fréquemment	Assez peu fréquemment	Très peu fréquemment	Presque jamais

1.	Il m'arrive d'éprouver une émotion et de ne pas en prendre conscience avant un certain temps.	1	2	3	4	5	6
2.	Je casse ou renverse des choses parce que je suis inattentif(ve) ou parce que je pense à autre chose.	1	2	3	4	5	6
3.	J'ai des difficultés à rester concentré(e) sur ce qui se passe dans le présent.	1	2	3	4	5	6
4.	J'ai tendance à marcher rapidement pour me rendre là où je veux aller, sans prêter attention à ce qui se passe durant le trajet.	1	2	3	4	5	6
5.	J'ai tendance à ne pas remarquer des sensations de tension physique ou d'inconfort jusqu'à ce qu'elles captent vraiment mon attention.	1	2	3	4	5	6
6.	J'oublie le nom d'une personne presque immédiatement après l'avoir entendu pour la première fois.	1	2	3	4	5	6
7.	Il me semble que je fonctionne « en mode automatique » sans être très conscient(e) de ce que je fais.	1	2	3	4	5	6

8.	**Je fais les choses très rapidement sans y prêter vraiment attention.**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
9.	**Je suis tellement focalisé(e) sur le but que je veux atteindre que je perds de vue ce que je suis en train de faire pour y parvenir.**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
10.	**Je fais des travaux ou des tâches de manière automatique, sans me rendre compte de ce que je suis en train de faire.**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
11.	**Je me surprends à écouter quelqu'un d'une oreille tout en faisant autre chose.**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
12.	**Je me déplace en voiture « en pilotage automatique » et il m'arrive d'être étonné(e) de me retrouver là où je suis.**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
13.	**Je me surprends à être préoccupé(e) par l'avenir ou le passé.**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
14.	**Je me surprends à effectuer des choses sans y prêter attention.**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
15.	**Je grignote sans réaliser que je suis en train de manger.**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**

Brown et Ryan, 2003. Copyright © 2009 by the American Psychological Association. Adapted with permission. The official citation that should be used in referencing this material is : Table 1 (adapted), p. 509, from Jermann, F., Billieux, J., Larøi, F., d'Argembeau, A., Bondolfi, G., Zermatten, A., & Van der Linden, M. (2009). Mindful Attention Awareness Scale (MAAS): Psychometric properties of the French translation and exploration of its relations with emotion regulation strategies. *Psychological Assessment, 21*(4), 506-514. doi:10.1037/a0017032. No further reproduction or distribution is permitted without written permission from the American Psychological Association.

Règles de passation et de dépouillement

La MAAS est un autoquestionnaire rempli seul par le patient. Il nécessite une dizaine de minutes pour être complété.

Le score total s'obtient en additionnant les valeurs choisies par le patient. Aucun des items ne reçoit un score inversé. Les scores totaux s'échelonnent de 15 à 90. Plus le score total est bas, plus la perte de contact avec l'instant présent est importante.

Évaluation psychométrique, fiabilité d'usage et validation en français

La MAAS présente une bonne consistance interne (alpha de Cronbach = 0,84) et une structure unifactorielle. Le score moyen est de 63,96 (écart type = 10,29) pour des sujets contrôles (Jermann et al., 2009) et de 56,89 (écart type = 14,84) dans un groupe de patients présentant des symptomatologies dépressives et/ou anxieuses (Monestès et al., 2009).

Des corrélations ont été observées avec la dépression (BDI-II ; r = –0,52 ; p < 0,001 ; Jermann et al., 2009), l'évitement expérientiel (AAQ-II ; r = 0,50 ; p < 0,01), la tendance à la suppression des pensées (WBSI ; r = 0,55 ; p < 0,01) et l'anxiété (STAI ; r = –0,56 ; p < 0,01) (Monestès et al., 2009). Ces corrélations laissent apparaître un lien fort entre le défaut de conscience de l'instant présent et des indices de mauvaise santé psychologique. Par ailleurs, bien qu'aucun item de la MAAS n'évalue le bien-être subjectif, des corrélations positives ont été observées entre la MAAS et plusieurs évaluations du bien-être (Brown et Ryan, 2003).

La version française de la MAAS a été validée et peut être utilisée en recherche comme en clinique (Jermann et al., 2009).

La fusion avec une description verbale de soi

Il n'existe pas encore d'outil d'évaluation quantitative du soi comme contexte, ou de son opposé, la fusion avec une description verbale de soi. Nous travaillons à la création d'un tel outil, qui évaluerait la capacité à adopter des perspectives variées, la défusion avec le soi conceptualisé, ou encore la capacité à percevoir le soi de manière continue au travers des expériences vécues.

En langue anglaise, plusieurs échelles peuvent permettre d'approcher une évaluation du soi comme contexte. L'*Experiencing of Self Scale* (Kanter et al., 2001 ; Parker et al., 1998) permet d'évaluer comment l'expérience de soi peut être influencée par le rapport aux autres. L'*Experiences Questionnaire* (Fresco et al., 2007) mesure quant à lui les capacités de décentration et d'observation objective des événements psychologiques (« *Je parviens à observer mes sentiments déplaisants sans être happés par eux* »), ainsi que la tendance à la rumination sur soi (« *Je repense sans cesse à ce que les autres ont dit de moi* »). Le détachement par rapport au soi peut être évalué au moyen de la *Nonattachment Scale* (Sahdra et al., 2010). Un exemple d'item de ce questionnaire est « *J'ai des difficultés à accepter la réussite des autres lorsqu'elle est plus importante que la mienne* ». Enfin, la *Self Compassion Scale* (Neff, 2003) constitue une mesure indirecte de prise de perspective car elle évalue le jugement porté sur soi, au travers d'items comme « *Je suis intolérant et impatient envers les aspects de ma personnalité que je n'aime pas* ». En langue française, la sous-échelle « Prise de perspective » de l'*Interpersonal Reactivity Index* (Davis, 1983 ; version française : Guttman et Laporte, 2000) permet également d'évaluer cette composante, avec des items comme « *Parfois, j'essaie de mieux comprendre mes ami(e)s en imaginant comment les choses se présentent de leur point de vue* ».

Les valeurs importantes pour soi, l'engagement dans les valeurs

Description de l'outil

Le Questionnaire des valeurs présentées ci-dessous (*Valued Living Questionnaire* – VLQ ; Wilson et al., 2010) permet une évaluation quantitative et qualitative des domaines importants dans la vie du patient. Ce questionnaire comprend deux sous-échelles. La première présentée ici permet d'évaluer quantitativement l'importance de chaque valeur. La seconde évalue l'adéquation entre les valeurs et les engagements effectivement mis en œuvre. Elle sera décrite dans le paragraphe suivant. Les deux sous-échelles sont à remplir successivement afin d'obtenir le score total. C'est en effet le décalage ou l'adéquation éventuelle entre les valeurs et les actions engagées qui sont ciblés par ce questionnaire.

VLQ **: importance des valeurs**

Vous trouverez ci-dessous des domaines de la vie qui sont importants pour la plupart des gens. Nous nous intéressons à votre expérience subjective de votre qualité de vie dans chacun de ces domaines. Un des aspects de la qualité de vie implique l'importance que chacun accorde à ces domaines de la vie. Évaluez l'importance de chaque domaine pour vous (en entourant le chiffre qui correspond à votre réponse sur l'échelle de 1 à 10. 1 signifie que le domaine n'est pas important pour vous, et 10 qu'il est très important). Tout le monde n'accorde pas d'importance à l'ensemble de ces domaines, et personne n'accorde la même importance à chacun. Évaluez chacun de ces domaines de la vie en fonction de l'importance qu'il représente à vos yeux.

	Domaine	**Pas du tout important**									**Extrêmement important**
1.	Relations familiales (autres que mariage et parentalité)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2.	Mariage/couple/relations intimes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.	Parentalité	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4.	Amitié/relations sociales	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.	Vie professionnelle	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6.	Études/formation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7.	Divertissements/loisirs	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8.	Vie spirituelle	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9.	Civisme/citoyenneté	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10.	Santé/bien-être	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

D'après Wilson et al., 2010 ; traduction de Monestès, Simon-Juillan, Cheval et Villatte, en cours de validation en français.

Cette première sous-échelle de la VLQ recense les dix domaines de vie importants, soit les dix valeurs qui peuvent être évaluées. Ces domaines couvrent de façon relativement exhaustive les valeurs qui sont mises en avant habituellement par chacun. Le patient évalue chacune de ces valeurs en fonction de l'importance qu'il y accorde, au moyen d'une échelle en dix points (de 1 : « Pas important du tout », à 10 : « Extrêmement important »). Les scores à cette première sous-échelle de la VLQ s'échelonnent donc de 10 à 100. Cette partie de l'échelle permet au patient de hiérarchiser les domaines les plus importants pour lui.

Règles de passation et de dépouillement

Cette sous-échelle de la VLQ est proposée au patient qui la remplit seul. Elle est généralement proposée conjointement avec la seconde destinée à évaluer un éventuel décalage entre les actions et les valeurs.

Bien qu'il soit possible d'obtenir un score pour cette sous-échelle d'évaluation des valeurs, le score retenu est généralement composé de la mise en perspective de ce score avec la sous-échelle d'adéquation des actions aux valeurs (voir plus loin).

Les domaines qui reçoivent le score le plus important sont ceux qui représentent le plus aux yeux du patient et qui devraient théoriquement être les plus investis et correspondre au plus grand nombre d'actions.

Évaluation psychométrique, fiabilité d'usage et validation en français

Cette sous-échelle présente une bonne cohésion interne (alpha de Cronbach = 0,77) bien qu'aucune hypothèse ne puisse être effectuée quant à une synergie de domaines de vie aussi variés. Cet indice permet cependant d'affirmer que l'importance des domaines est globalement la même entre les sujets. Le score moyen à cette sous-échelle de la VLQ, obtenu auprès d'un groupe contrôle, est de 87,23 (écart type = 8,69). Tous les items reçoivent un score moyen supérieur à 8, à l'exception des items « Divertissements/loisirs » et « Civisme/citoyenneté » dont le score moyen est compris entre 7 et 8 (Wilson et al., 2010).

La version française de cette sous-échelle est en cours de validation.

Le décalage entre les valeurs et les actions concrètement mises en œuvre

Description de l'outil

Cette seconde sous-échelle de la VLQ permet au patient d'évaluer l'adéquation entre les actions qu'il a réalisées au cours de la dernière

semaine et l'importance qu'il accorde à chacun des domaines listés. Cette évaluation s'effectue au moyen d'une échelle en dix points (de 1 : « Pas du tout en accord », à 10 : « Totalement en accord »). Les scores à cette seconde sous-échelle de la VLQ s'échelonnent donc de 10 à 100.

VLQ : accord avec les valeurs

Maintenant, nous aimerions que vous estimiez à quel point vos actes sont en accord avec l'importance que vous accordez à chaque domaine. Chacun d'entre nous est plus à l'aise dans certains domaines que dans d'autres. Nous ne vous demandons PAS d'évaluer ce que vous aimeriez faire idéalement. Nous voulons connaître votre évaluation de ce que vous avez accompli au cours de la semaine dernière. Évaluez chaque domaine en entourant le chiffre qui correspond à votre réponse sur l'échelle de 1 à 10. 1 signifie que vos actions n'ont pas été en accord avec l'importance que vous accordez à ce domaine, et 10 que vos actions ont été totalement en accord avec l'importance que vous lui accordez.

Domaine		Pas du tout en accord									Totalement en accord
1.	Relations familiales (autres que mariage et parentalité)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2.	Mariage/couple/relations intimes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.	Parentalité	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4.	Amitié/relations sociales	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.	Vie professionnelle	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6.	Études/formation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7.	Divertissements/loisirs	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8.	Vie spirituelle	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9.	Civisme/citoyenneté	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10.	Santé/bien-être	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

D'après Wilson et al., 2010 ; traduction de Monestès, Simon-Juillan, Cheval et Villatte, en cours de validation en en français.

Règles de passation et de dépouillement

Cette sous-échelle de la VLQ est proposée au patient qui la remplit seul. Elle est généralement proposée conjointement avec la première destinée à évaluer l'importance de chaque valeur pour le patient.

Bien qu'il soit possible d'obtenir un score pour cette sous-échelle d'accord avec les valeurs, le score retenu est généralement composé de la mise en perspective de ce score avec la sous-échelle d'importance des valeurs (voir plus haut).

Les domaines qui reçoivent le score le moins important sont ceux qui semblent les plus délaissés aux yeux du patient, ceux pour lesquels il considère agir le moins.

Évaluation psychométrique, fiabilité d'usage et validation en français

Cette sous-échelle présente une bonne cohérence (alpha de Cronbach = 0,75), mais cet indice n'est ici que peu pertinent car aucune hypothèse n'est formulée quant à une cohésion entre les différents domaines étudiés. Cet indice permet en revanche d'affirmer que les domaines les plus investis comme les plus délaissés sont globalement les mêmes entre les participants.

La moyenne à cette sous-échelle est de 71,67 (écart type = 14,37). Plusieurs domaines qui sont généralement choisis comme importants reçoivent un score d'action faible. C'est notamment le cas pour la parentalité ou la vie professionnelle (6,13 et 6,04 respectivement) qui se révèlent en moyenne peu souvent investis concrètement alors qu'ils sont classés parmi les domaines les plus importants. Le domaine « Divertissements/loisirs » dont l'importance est évaluée comme moindre reçoit un score important en termes d'actions effectivement réalisées (6,51).

Score composite final de la VLQ

Le score total à la VLQ s'obtient en multipliant le score de chaque item pour la sous-échelle « Importance des valeurs » par le score de cet item pour la sous-échelle « Accord avec les valeurs », et en faisant la moyenne des scores obtenus. Il représente le degré selon lequel le patient vit en accord avec les valeurs qu'il a repérées ou non comme importantes. Ce score total est à privilégier en clinique comme en recherche.

La moyenne des scores obtenus avec la VLQ est de 64,05 (écart type = 10,85). La cohérence interne est bonne (alpha de Cronbach = 0,77), ce qui suggère que l'engagement dans les valeurs est globalement comparable quelles que soient la valeur et l'importance qui lui sont accordées. Par ailleurs, les évaluations statistiques mettent en évidence une structure unifactorielle qui rassemble le décalage entre l'importance accordée à chaque valeur et les actions engagées vers ces valeurs.

L'administration de la VLQ à différents moments permet d'estimer la fiabilité temporelle de ce questionnaire. Elle se révèle élevée pour la sous-échelle « Importance des valeurs » (r = 0,90) et moindre pour la sous-échelle « Accord avec les valeurs » (r = 0,58), ce qui reflète bien le fait que les domaines repérés comme important on tendance à être globalement stables alors que la quantité d'action dans ces domaines peut être plus fluctuante. Parallèlement, le score total semble plus stable (corrélation test-retest à deux semaines = 0,65), laissant envisager que la quantité d'actions reste identique sur un intervalle court, mais que la répartition de ces actions entre les différents domaines importants peut, quant à elle, varier.

Enfin, la VLQ est corrélée avec l'acceptation, la qualité de vie et l'absence de symptômes psychiatriques, reflétant le fait qu'un engagement dans le sens des valeurs jugées importantes est déterminant de l'état de santé psychologique.

Chapitre 12

Développer la relation thérapeutique et l'empathie

L'ACT représente un programme psychothérapeutique complet, mais il constitue également un outil de compréhension applicable en dehors de toute psychopathologie. De ce fait, il s'applique également aux comportements du thérapeute, ainsi qu'à leurs répercussions sur la relation thérapeutique. Les six axes présentés dans cet ouvrage – acceptation, défusion, soi comme contexte, contact avec l'instant présent, engagement et valeurs – constituent de bons outils pour le thérapeute afin de développer et d'entretenir une relation thérapeutique de qualité susceptible d'aider le patient à gagner en flexibilité psychologique et à s'engager en direction des valeurs importantes pour lui. Sans surprise, l'application de ces axes à la relation thérapeutique aura comme objectif de construire une relation flexible, ouverte, acceptante, centrée sur l'instant présent, et non hiérarchique. Nous détaillons cette posture générale dans ce chapitre. Par ailleurs, nous accordons une place particulière à l'appréhension par le thérapeute d'un soi comme contexte d'apparition de ses propres événements psychologiques, car l'empathie dont le thérapeute peut faire preuve repose directement sur sa capacité à considérer les situations thérapeutiques depuis différentes perspectives. Nous proposons donc des pistes pour améliorer l'empathie chez le thérapeute en s'appuyant sur l'entraînement au changement de perspective.

Utiliser l'ACT dans la relation thérapeutique

Afin de développer et d'entretenir une relation thérapeutique flexible et acceptante déterminante pour que le patient puisse lui-même cheminer vers ces compétences, les six points de l'Hexaflex sont appliqués à la relation thérapeutique (Pierson et Hayes, 2007).

L'acceptation dans la relation thérapeutique

Les évitements d'expérience deviennent parfois problématiques pour le thérapeute lui-même. Ils peuvent alors handicaper la relation thérapeutique,

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

particulièrement quand ils font écho aux évitements expérientiels du patient. Par exemple, si le patient et le thérapeute évitent simultanément d'aborder un sujet difficile pour le patient, un véritable dialogue de sourds peut alors s'instaurer. L'échange devient banal et infructueux, et chacun perçoit que les enjeux réels de la thérapie sont mis de côté. Le thérapeute peut sortir insatisfait de la séance car il perçoit qu'elle n'a pas apporté grand-chose au patient. De son côté, le patient peut se sentir écouté mais incompris, car la rencontre est passée à côté de l'essentiel pour lui. À l'inverse, si le thérapeute entretient sa propre acceptation et l'exprime au patient, ce dernier est plus à même d'apporter un matériel éventuellement difficile et d'avancer dans le contact avec ses émotions.

Lorsqu'il nous arrive d'être poussés à l'évitement expérientiel en situation thérapeutique, une « soupape » à laquelle il nous semble possible de recourir est celle de la métacommunication. En expliquant au patient ce qui nous pose problème, il est possible d'apaiser momentanément les difficultés rencontrées par le thérapeute, tout en ne repoussant pas définitivement ces difficultés. Lorsqu'un point difficile émotionnellement se fait jour – par exemple le patient ne souhaite pas aborder un sujet, adresse des demandes de réassurance au thérapeute ou lui demande quand tout ce dont il souffre va s'arrêter –, le thérapeute peut décrire son émotion en miroir de celle du patient. Il explique par exemple qu'il est plus difficile pour lui de ne pas répondre, de ne pas promettre, de ne pas rassurer ou de parler d'un sujet que le patient ne souhaite pas aborder, mais qu'il choisit d'accepter les émotions que cela déclenche en lui. Il peut alors détailler au patient les raisons de ce choix en s'appuyant sur sa propre expérience et celle du patient (et en revenant sur le désespoir créatif) : à chaque fois qu'ils ont cherché à éviter leurs émotions ou à lutter contre elles, ils n'y sont pas parvenus, sinon au prix de sacrifices importants de ce qui compte vraiment pour eux. Ce qui compte pour le thérapeute dans la relation thérapeutique sont les gains en flexibilité psychologique du patient et sa progression vers des actions engagées en direction de ses valeurs. C'est précisément ce que le thérapeute ne veut pas sacrifier pour parvenir à contrôler ses propres émotions.

Cette métacommunication constitue un levier important de la relation thérapeutique, à condition qu'elle ne soit pas utilisée par le thérapeute comme un moyen de se soustraire à ses émotions. Une fois encore, aucun comportement n'est « mauvais » à condition que sa fonction ait été repérée, évaluée et choisie. Utilisée de cette façon, la communication de ses propres émotions par le thérapeute permet au patient de percevoir que le thérapeute est confronté au même moment à des difficultés comparables, et que le thérapeute fait le choix de l'acceptation qu'il lui conseille.

La défusion dans la relation thérapeutique

La fusion du thérapeute peut constituer un obstacle à une relation thérapeutique de qualité, notamment la fusion avec son modèle. Elle est relativement aisée à repérer, bien que nous puissions tous nous y faire piéger : à chaque fois que le thérapeute tente de convaincre son patient de quelque chose, qu'il se déroule un débat entre le patient et le thérapeute ou chacun semble vouloir avoir raison, c'est qu'il existe un attachement trop important à ce que peuvent dire les pensées et les croyances du thérapeute. Rappelons-nous que, pour l'ACT, il n'existe aucune vérité définitive, et que la « vérité » d'une pensée (d'une croyance, d'un modèle théorique, etc.) est jugée à l'aune de son efficacité pour atteindre les buts choisis. En d'autres termes, le thérapeute ne détient pas une quelconque « vérité » que son patient devrait admettre. Il considère son modèle théorique comme un ensemble de pensées parmi d'autres, dont il juge de l'intérêt au regard des buts qu'il a choisis. Par exemple, si un patient a une compréhension imparfaite ou incomplète du modèle, mais que cette compréhension lui permet d'accroître suffisamment sa flexibilité psychologique pour agir dans le sens de ses valeurs, il ne sert à rien de le corriger dans ses approximations, au prétexte qu'il n'a pas une compréhension parfaite des concepts auxquels nous nous référons.

Enfin, sur des exemples précis, il peut être utile de s'arrêter sur certains mots prononcés par le patient qui ont déclenché chez le thérapeute des pensées et des émotions difficiles. Le thérapeute explique alors au patient qu'il choisit de regarder ces mots dans leur forme plutôt que dans leur contenu, de les considérer avec distance, comme le produit de l'activité langagière (c'est-à-dire des réponses relationnelles). Il peut décrire au patient les pensées qu'il a, en montrant qu'elles peuvent être différentes de ce qu'il fait. Par exemple : « *J'ai la pensée qu'en ne vous demandant pas de détails sur les violences que vous avez connues pendant l'enfance, la fin de cet entretien sera plus facile pour nous deux parce qu'alors, nous ne serons pas confrontés aux émotions difficiles qui surviendraient probablement en chacun de nous. Pourtant, je ne vais pas suivre cette pensée car je crois que cela ne nous aiderait pas dans le travail que nous menons ici. Je vais donc vous poser des questions sur ce que vous avez vécu pendant l'enfance si vous êtes d'accord.* »

En cultivant la défusion par rapport à son modèle théorique et thérapeutique, le thérapeute renonce à une expertise définitivement valide. De fait, la relation thérapeutique est davantage une relation d'équité, dans laquelle chacun continue à polir sa pierre, et au cours de laquelle le thérapeute cesse d'endosser le rôle de celui qui va trouver une solution (Wilson et Sandoz, 2008). Le patient y perçoit une validation de la présence de toutes les pensées et réflexions, les siennes comme celles

du thérapeute, dont chacun peut juger de la pertinence en fonction des objectifs qu'il s'est choisis.

Le contact avec l'instant présent dans la relation thérapeutique

La relation thérapeutique se déroule évidemment ici et maintenant. Plus le thérapeute parvient à être en contact avec le moment présent, plus il réussit à transmettre l'importance à ses yeux de ce que son patient vit. Nous devons nous souvenir que ce que nous demandons au patient (rester en contact avec des émotions et des pensées difficiles) est inhabituel, contre-intuitif, désagréable et complexe. Percevoir qu'il n'est pas seul lorsqu'il s'engage dans ces nouveaux comportements et que le thérapeute se soucie des obstacles qu'il pourrait rencontrer constitue un élément important d'une relation thérapeutique dans laquelle le patient se sent soutenu et encouragé. Lorsque le thérapeute est entraîné vers le passé ou le futur, il risque de passer à côté de certains des comportements du patient pendant l'entretien. Mais surtout, le lien avec le patient sera de moins bonne qualité car le thérapeute ne centrera plus son attention sur ce qui se déroule dans la pièce. En forçant le trait, c'est un peu comme si le thérapeute demandait au patient de vivre une situation douloureuse pour lui et le laissait seul dans la pièce pour affronter cette difficulté.

Perdre le contact avec l'instant présent est inévitable, pour le thérapeute comme pour n'importe qui d'autre. Cela est inhérent à l'utilisation même du langage. Concrètement, le thérapeute peut être entraîné vers des pensées à propos de ce qu'il aura à faire au cours de la prochaine rencontre avec le patient, ou avec le patient suivant, ou à propos de ce qu'il a déjà réalisé avec ce patient, ou encore vers des jugements relatifs à sa propre efficacité (ou son manque d'efficacité) pendant l'entretien. Il arrive également que le thérapeute se laisse entraîner dans des conceptualisations du passé ou une peur du futur du patient.

Le simple fait de se rendre compte que les pensées ont emmené vers autre chose que ce qui se déroule ici et maintenant suffit en soi à ramener à l'instant présent. C'est en fait le même processus qui est à l'œuvre dans la méditation de pleine conscience, au cours de laquelle on repère que l'attention s'est éloignée du présent et qu'elle y est ramenée inlassablement. Il est aussi utile de ramener l'attention du patient et du thérapeute à l'instant présent en ralentissant le rythme de l'entretien (Wilson et DuFrene, 2009). Prendre le temps de décrire totalement et en détail une émotion amène patient et thérapeute à se centrer sur ce qui se passe ici et maintenant. Il est enfin possible simplement d'arrêter l'entretien et de proposer au patient de prendre un moment pour regarder

autour de soi, observer ce que chacun est en train de faire, comme si thérapeute et patient entraient dans cette pièce et se rencontraient pour la première fois.

La perspective du soi dans la relation thérapeutique

Comme nous le verrons plus loin, le développement d'un sens de soi comme contexte contribue à un accroissement de l'empathie. De façon corollaire, la diminution de la fusion avec les définitions de soi (le soi conceptualisé) permet l'entretien d'une relation thérapeutique de qualité. Chaque thérapeute peut en effet être soumis à des réactions automatisées lorsqu'il perçoit que la définition qu'il a forgée de lui est attaquée par le jugement du patient, ou par lui-même s'il considère qu'il n'est pas assez affirmé, compétent, voire empathique. Imaginons un professionnel qui se considère comme « un thérapeute franc et sincère ». S'il est en fusion avec cette définition de lui-même en tant que thérapeute, il peut se faire piéger à vouloir expliquer toutes ses hypothèses au patient, sans prendre en considération l'intérêt pour ce dernier. Il agit alors pour préserver la définition qu'il a de lui-même, pour suivre la règle qu'il s'est fixée, et non plus pour que son patient avance dans l'engagement vers ce qui compte pour lui. Le risque est alors de déstabiliser la relation thérapeutique, depuis un échange centré sur les difficultés du patient vers un monologue qui vise à préserver ce que le thérapeute pense de lui-même. En conservant une souplesse par rapport à ce qu'il pense être et à ce que les autres peuvent penser de lui, le thérapeute sert donc de modèle de l'acceptation de soi pour le patient.

Les valeurs et l'engagement dans la relation thérapeutique

L'engagement dans une relation thérapeutique correspond le plus souvent pour le thérapeute à une action en direction d'une de ses valeurs. Parmi ces valeurs, on retrouve l'aide aux autres, une volonté de soulager la souffrance ou d'accroître l'autonomie. Mais comme tout un chacun, le thérapeute peut se trouver éloigné de ses valeurs ou les délaisser. C'est généralement lorsqu'il s'engage dans la relation thérapeutique uniquement parce que c'est ce qu'est censé faire un thérapeute, lorsqu'il « *endosse le costume du clown thérapeute et qu'il joue un rôle* » (Pierson et Hayes, 2007, p. 27), qu'il est menacé d'épuisement et de *burn-out* (voir encadré). Lorsque les comportements du thérapeute ne sont plus clairement liés à ses valeurs, les retentissements sur la relation thérapeutique sont alors évidents : détachement, désintérêt, agacement.

L'ACT pour lutter contre l'épuisement professionnel des thérapeutes

L'étude de Hayes et al. (2004) a mis en évidence que l'utilisation des principes de l'ACT par les thérapeutes permet de réduire la croyance dans les pensées négatives à propos de leurs patients les plus complexes à prendre en charge. Dans cette étude, les thérapeutes participaient à une journée de formation à l'ACT. Des mesures de leur épuisement professionnel étaient réalisées avant et après la formation, et en suivi trois mois plus tard. Les résultats montrent que les thérapeutes ayant participé à la formation ACT ont un score moins élevé sur l'Inventaire d'épuisement professionnel de Maslach après la formation et lors du suivi à trois mois. La même évolution est retrouvée pour la sous-échelle d'accomplissement personnel. Ces résultats suggèrent que l'ACT pourrait constituer une démarche préventive pertinente du *burn-out* chez les soignants.

Pour lutter contre ces risques d'épuisement et pour que la relation psychothérapeutique reste pour le thérapeute une action en direction de ses valeurs (donc renforçante), il est nécessaire qu'il établisse clairement le lien entre ce qu'il fait lorsqu'il est avec son patient et ce que cela représente pour lui. En d'autres termes, pour que la relation thérapeutique soit de qualité, il est nécessaire que sa construction corresponde pour le thérapeute à un acte en accord avec ce qui est important pour lui. Il est donc utile que le thérapeute évalue en quoi le fait d'être thérapeute incarne les valeurs qu'il s'est choisies. Il peut alors expliquer ses buts au patient qui comprendra davantage pourquoi le thérapeute agit comme il le fait.

Le but de la construction d'une relation thérapeutique de qualité est de permettre au patient d'agir en direction des valeurs qu'il a choisies, au moyen de la plus grande flexibilité psychologique possible. Le thérapeute est logé à la même enseigne. Il agit en fonction de ses valeurs. Il essaie donc du mieux qu'il le peut d'appliquer, durant la rencontre avec le patient, la démarche qui lui permet d'agir en direction de ses valeurs, quelles que soient les émotions et les pensées qui se présentent. Son mot d'ordre pourrait être « *Faites davantage ce que je fais que ce que je dis* ». En ce qui concerne les processus qui doivent être appris et entraînés, il n'existe pas de différence entre le thérapeute et son patient.

Développer son empathie

La relation thérapeutique peut parfois générer chez le thérapeute des émotions de rejet, de peur, de compassion, d'agacement, de lassitude, de découragement, etc. Ces émotions sont inhérentes à la personnalité et l'histoire même de chaque patient, ainsi qu'à celle de chaque thérapeute. Une part importante de l'empathie, cette capacité à voir le monde depuis le point de vue de l'autre et à percevoir ce qu'il ressent, se

développe aussi en lien avec l'acceptation des émotions que la rencontre avec l'autre engendre chez le thérapeute. Toutes ces émotions, et ce que le thérapeute en fera, auront indéniablement des répercussions sur la qualité de la relation thérapeutique. Repérer ces émotions, les reconnaître et leur faire une place en nous constitue un facteur majeur d'amélioration de la relation thérapeutique.

Nous considérons l'empathie comme une compétence. Cela signifie que nous pensons qu'il est possible de la développer, de l'apprendre, de l'entraîner et de l'améliorer. Il est important que le thérapeute s'entraîne à l'acceptation des émotions que l'autre suscite en lui, notamment pour les patients qui induisent chez lui le plus de rejet.

Pour cela, il s'agit de pratiquer le plus souvent possible des changements de perspective, en essayant d'envisager le point de vue du patient dans toute sa richesse, dans toute sa complexité, ainsi que dans le contexte actuel et historique où il se trouve. Si nous accordons une place importante au développement de l'empathie, c'est parce que nous pensons que son utilité est grande dans le processus même de l'ACT. Évidemment, toute relation de soin se doit d'être empathique. Mais dans l'ACT, ce que nous demandons au patient (notamment accepter la présence de ses événements psychologiques) est particulièrement contre-intuitif. Il est primordial que le thérapeute soit à même de comprendre ce que vit le patient, de percevoir les obstacles qui pourraient se présenter, et surtout que le patient perçoive que son thérapeute partage les difficultés qu'il rencontre. Ce n'est que lorsque le patient perçoit que le thérapeute est prêt à endosser les difficultés qui se présentent, afin d'agir en direction des valeurs, qu'il peut lui-même s'engager dans cette démarche. L'empathie du thérapeute dans l'ACT constitue une base de réassurance pour s'engager vers ce qui inquiète habituellement le patient.

La compréhension de l'empathie par l'ACT et la théorie des cadres relationnels repose sur les cadres déictiques que nous avons décrits dans le Chapitre 9, « Le soi comme contexte des événements psychologiques ». En raison des liens entre « je » et « vous », la conscience de soi et l'empathie représentent deux aspects du même processus. « Je » ne peux se définir indépendamment de « vous ». En d'autres termes, « je » existe parce que les autres existent. Aussi, développer l'empathie passe par une progression vers le contact avec le sens de soi comme contexte. Meilleure sera la capacité à observer tous les événements psychologiques qui apparaissent au moment où ils apparaissent, plus grande sera la compétence à accueillir l'autre dans toutes ses différences. En changeant de perspective et en adoptant du mieux possible celle du patient, il est alors possible de percevoir les émotions qui sont les siennes, et de progresser vers l'acceptation de ses propres émotions déclenchées par celles du patient. Vous trouverez ci-dessous deux exercices qui

permettent au thérapeute de développer son empathie. Le premier amène le thérapeute à percevoir la perspective du patient eu égard à son histoire. Le second entraîne le thérapeute à se mettre à la place de chaque patient juste avant de le recevoir en entretien.

L'enfance de votre patient

Pour l'ACT, ce que dit et fait chaque personne dépend du contexte dans lequel elle se trouve et de son histoire comportementale. Les comportements évoluent en fonction des conséquences qu'ils ont engendrées par le passé. Aussi, plus on parvient à connaître l'histoire de quelqu'un, plus on perçoit les déterminants de ses actions. On envisage alors le fait que sa part de responsabilité dans ses actes est faible ou nulle, et on désamorce ainsi les éventuelles difficultés d'acceptation qui pourraient se faire jour lorsqu'on considère l'autre intrinsèquement responsable de la façon dont il se comporte.

Un bon exercice pour diminuer la part de responsabilité qu'on attribue à l'autre, particulièrement pour ses comportements qui évoquent en nous du rejet, consiste à l'imaginer à différents moments de sa vie au cours desquels les variables qui le font se comporter comme il le fait actuellement n'étaient pas encore présentes. Cet exercice peut être réalisé juste avant de recevoir un patient. Il est à pratiquer particulièrement pour les patients pour lesquels le thérapeute perçoit que son empathie est mise à mal.

« *Installez-vous confortablement et prenez un moment pour centrer votre attention sur votre respiration. Remarquez la sensation de l'air que vous expirez, et que vous inspirez.*

Prenez maintenant un moment pour penser à un de vos patients. Choisissez celui qui vous pose actuellement le plus de difficultés. Un patient qui déclenche en vous des sentiments de rejet, que vous avez du mal à prendre en charge, qui a commis des actes que vous réprouvez ou qui peuvent parfois vous agacer. Essayez de réfléchir en détail à ce qui vous ennuie chez ce patient. Et essayez de remarquer les pensées qui apparaissent quand vous pensez à lui. Remarquez chaque jugement et chaque émotion qui émergent alors que vous pensez à ce patient.

Essayez d'imaginer ce que ce patient fait en ce moment. Où se trouve-t-il ? Est-il chez lui ? Ou au travail ? Est-il seul ? Que ressent-il ? Essayez de vous représenter ce à quoi il pense en ce moment. Et pendant que vous faites cela, remarquez du mieux que vous pouvez les émotions, les jugements et les pensées qui apparaissent en vous à propos de ce patient et de ses comportements.

Prenez maintenant un moment pour vous représenter ce qui est réellement important pour votre patient. Quelles sont les valeurs qui comptent pour lui ?

Essayez à présent d'imaginer votre patient l'année dernière. Quelles étaient ses difficultés il y a un an ? Où en était-il par rapport à ses symptômes ?

Reculez encore davantage dans le temps, et essayez d'imaginer votre patient lorsqu'il était adolescent. Essayez de visualiser son visage lorsqu'il avait 14 ans. Quelles étaient ses difficultés à cet âge ? Comment se comportait-il parmi les autres adolescents ? Quelles étaient les émotions qu'il ressentait le plus souvent ? Quelles étaient ses peurs ? Et pendant que vous imaginez cela, remarquez les émotions et les pensées qui apparaissent en vous à propos de ce patient et de ses comportements.

Essayez d'aller maintenant encore un peu plus en arrière, et imaginez votre patient à l'âge de 5 ans. Essayez de visualiser les traits de son visage. Voyez si vous pouvez imaginer quelle est sa taille. Essayez de vous représenter la vie à laquelle il rêve. Que veut-il faire plus tard ? Quels sont ses jeux favoris ? A-t-il des amis ? Et remarquez chaque jugement qui apparaît en vous pendant que vous pensez à votre patient à l'âge de 5 ans.

Imaginez maintenant ce qui est important pour cet enfant. Et essayez de trouver ce que vous avez en commun avec lui, les valeurs que vous partagez avec cet enfant.

Repensez maintenant à ces comportements qui vous irritent chez ce patient, qui vous poussent à le rejeter. Essayez de faire le lien entre l'enfant qu'il était et la personne qui vous agace ou vous donne du fil à retordre. C'est la même personne.

Repensez à ce qui est important pour lui maintenant. Peut-être ne sait-il pas comment se comporter efficacement en direction de ses valeurs ? Peut-être que ses valeurs sont différentes des vôtres ? Mais pouvez-vous repérer au moins une valeur que vous avez en commun ?

Prenez un moment pour voir ce que ce point commun entre vos valeurs et celles de votre patient évoque en vous. Et essayez de laisser ces émotions en vous, de leur accorder une place en vous. »

En se fondant sur une approche déterministe et probabiliste, l'ACT postule que toute personne soumise exactement à la même histoire comportementale et au même contexte actuel qu'une autre se comporterait exactement de la même façon (voir encadré). En d'autres termes, cette personne assise en face de moi, qui me paraît si différente, me ressemble en fait tellement que je me comporterais de la même façon si j'avais vécu les mêmes choses. Elle a été un enfant avec les mêmes rêves, les mêmes craintes d'être rejeté, le même besoin d'être accepté. En fonction de son histoire comportementale, elle a trouvé des solutions différentes de celles que j'ai trouvées. Les solutions qu'elle a trouvées sont peut-être inadaptées, mais quiconque aurait connu exactement la même histoire comportementale serait parvenu au même résultat. Ainsi, plus on se représente l'histoire d'un patient, plus on est capable de l'accepter dans toutes ses différences.

L'approche déterministe de l'ACT

Dans l'approche comportementale, c'est l'histoire des comportements et des conséquences qui détermine les comportements futurs. Chacun de nos actes est le produit des comportements que nous avons réalisés et des conséquences qui ont suivi. Bien que le nombre de variables en interaction soit incommensurable et qu'il soit impossible de prédire avec exactitude ce qui va arriver, tout ce que nous faisons est déterminé et découle de notre histoire comportementale et du contexte dans lequel nous évoluons. D'une certaine façon donc, tout ce que chacun de nous fait trouve sa causalité indépendamment de notre volonté. Mais déterminisme ne doit pas être confondu avec fatalisme (tout comme acceptation ne saurait être assimilée à résignation). Le rapport de causalité entre individu et environnement n'est pas unidirectionnel et la marge de manœuvre de chaque personne est réelle. Lorsque l'on s'engage dans des comportements, on reprend un certain contrôle sur ce qui nous arrive, même si ce choix est, *in fine*, lui aussi le produit d'une histoire d'interactions avec l'environnement. C'est toute la subtilité de la démarche ACT qui se retrouve ici : tout en reconnaissant que nous sommes le produit d'une histoire et que cette histoire ne peut être changée, nous pouvons agir ici et maintenant en direction de valeurs qui reflètent notre histoire passée… mais aussi future.

La journée de votre patient (d'après Vilardaga et Hayes, 2009)

Ce second exercice vise à développer l'adoption de la perspective du patient dans le contexte actuel afin de mieux percevoir ses difficultés, ses craintes et sa souffrance. Il peut être réalisé avant la rencontre avec chaque patient. Avec l'habitude, il ne prend que quelques minutes à réaliser.

« *Installez-vous dans un endroit calme et confortable (comme votre bureau de consultation) et décontractez-vous. Il n'est pas nécessaire de trouver des réponses aux questions qui vont être posées, mais nous vous encourageons à y réfléchir.*

Prenez quelques secondes pour imaginer que vous êtes votre patient, en chemin pour venir à sa consultation. Que voit-il, qu'entend-il, que ressent-il sur la route pour venir à votre bureau ?

Qu'a-t-il fait aujourd'hui avant de venir vous rencontrer ? Quelles ont été ses émotions et ses pensées au cours de ces activités ? Quelles sont ses émotions et ses pensées sur le chemin qui mène à votre bureau ?

Que ressent-il alors qu'il s'assied dans la salle d'attente ?

Depuis le point de vue de votre patient, depuis sa perspective, imaginez quelles pensées, sentiments et jugements il peut avoir en ce moment (si c'est la première rencontre avec ce patient, imaginez-le en train de penser à votre première rencontre, à la façon dont il va vous présenter son problème).

Remarquez le caractère familier de ses réactions pour lui : il a eu ces pensées, ces émotions, ces sentiments et ces jugements pendant des mois, voire des années, dans différents lieux, et il est très probable que ce soit également le cas ici aujourd'hui.

En plus de ses pensées, de ses sentiments et de ses jugements, essayez de percevoir la conscience qu'il a de tout cela, essayez de vous imaginer le regard qu'il porte sur tout ce qui le fait souffrir.

Essayez de vous souvenir de certaines émotions, certaines pensées ou certains jugements que vous avez eus par le passé à propos de ce patient (s'il s'agit de la première rencontre, pensez aux préjugés que vous avez sur lui).

Rappelez-vous d'autres moments pendant lesquels des pensées, des sentiments ou des jugements similaires vous sont apparus dans d'autres lieux, peut-être avec d'autres patients, il y a des mois ou des années, et remarquez qu'ils apparaissent ici, en ce moment même.

En plus de ces pensées, ces sentiments et ces jugements, essayez d'entrer en connexion avec votre propre conscience de vous-même – vous êtes plus que le contenu de vos réactions.

Maintenant, ramenez votre attention au moment même où vous avez décidé de devenir thérapeute. Quelles étaient vos pensées et vos émotions à propos du fait d'être thérapeute ? Quelles sont maintenant vos pensées et vos émotions à propos du fait d'être thérapeute ?

Si vous pouviez vous transporter cinq années dans le futur, qu'aimeriez-vous que ce patient ait conservé du travail que vous avez fait ensemble ?

Ramenez à présent votre attention dans la pièce où vous vous trouvez. Prenez un moment pour simplement remarquer vos sensations corporelles… les bruits que vous entendez… et les objets autour de vous. »

Les compétences d'acceptation de ses propres émotions en situation thérapeutique, ainsi que la capacité à accueillir les émotions qui apparaissent lorsqu'on adopte la perspective de l'autre, nécessitent d'être travaillées par la pratique au cours de séances de supervision. Dans cette application, l'ACT constitue un outil pertinent de développement de l'empathie et de la relation thérapeutique, quelle que soit la méthode thérapeutique sur laquelle le thérapeute s'appuie dans sa pratique.

Chapitre 13
La flexibilité du thérapeute

Le fait que l'ACT ne suive pas un protocole défini est une source de liberté et de créativité pour le thérapeute, mais cela peut aussi parfois constituer une source d'inquiétude lorsque l'on débute cette pratique. Il peut arriver qu'on se sente perdu, qu'on ne sache pas par où commencer ou qu'on se demande si on est bien en train de faire de l'ACT. Mais la liberté offerte par ce modèle repose toutefois sur des principes directeurs qu'il est important de bien maîtriser et d'appliquer d'abord à soi-même. Cela permet de mettre en pratique les techniques de façon fonctionnelle, d'en créer de nouvelles et de conserver un regard critique sur le modèle et sur sa propre pratique. Nous présentons dans ce chapitre quelques-uns des principes les plus importants à suivre pour s'approprier l'ACT et devenir un thérapeute flexible et autonome.

Est-il nécessaire de connaître la théorie ?

Nous avons insisté tout au long de cet ouvrage sur les liens que partage l'ACT avec la recherche fondamentale, notamment avec la théorie des cadres relationnels (TCR). Sans doute parce que l'ouvrage fondateur de la TCR (Hayes et al., 2001) est assez ardu à étudier, particulièrement pour le lecteur francophone, certains peuvent parfois se sentir découragés alors qu'ils tentent d'approfondir leur maîtrise du modèle. Cependant, les articles et livres présentant de façon plus accessible la TCR et son utilité directe pour la pratique de l'ACT se font de plus en plus nombreux (Torneke, 2010 ; Villatte et Monestès, 2009, 2010). Ainsi, alors que la réputation de la TCR a longtemps été d'être très compliquée, l'implication nouvelle des cliniciens dans la recherche et la présentation de cette approche semble avoir changé les choses. La TCR est maintenant rendue compréhensible, sans pour autant la simplifier.

Mais est-il vraiment nécessaire de connaître la théorie sous-tendant l'ACT pour la pratiquer ? Le fait que ce modèle thérapeutique requière une grande flexibilité de la part du thérapeute implique justement qu'il connaisse bien les principes qui régissent sa pratique. Il est pratiquement impossible de construire un protocole ACT qui servirait à tous les patients sans que cela ne conduise à une restriction de la flexibilité

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

du thérapeute. Pour préciser notre pensée, suivons un moment la métaphore suivante. Si l'ACT était un protocole, on pourrait alors la comparer à un programme informatique. On utilise ce programme et on en est très satisfait tant que cela s'applique aux situations que l'on rencontre, et il n'est pas nécessaire de comprendre comment le programme a été conçu. Mais qu'en est-il lorsque nous devons résoudre des difficultés qui n'ont pas été prévues par le programme, des cas particuliers ? Nous pensons que maîtriser l'ACT correspond davantage à savoir concevoir soi-même un programme informatique. Chaque patient présente des comportements différents, conduisant à une analyse fonctionnelle et une approche clinique uniques. Chaque patient est un cas particulier. Si les principes directeurs de la thérapie sont semblables, leur application est chaque fois différente. Appliquer l'ACT avec flexibilité, c'est donc connaître les principes théoriques permettant de programmer son propre protocole, adapté à chaque patient.

Il peut être tentant d'essayer de simplifier le modèle afin de le rendre accessible plus rapidement. Si les futures recherches montraient que certains aspects de l'Hexaflex (voir Chapitre 1, « Au-delà du langage, la flexibilité psychologique ») peuvent être regroupés utilement, alors des simplifications pourraient être envisagées. Mais à l'heure actuelle, les analyses expérimentales des composants de l'ACT tendent plutôt à soutenir l'idée que ces six grands axes correspondent bien à des processus distincts, qui ont chacun leur utilité (Levin et al, soumis ; Ruiz, 2010). Si le thérapeute juge utile de présenter le modèle à son patient, il peut éventuellement le simplifier en évoquant la partie gauche de l'Hexaflex (accepter les émotions et se distancier des pensées), puis la partie centrale (développer l'observation), et enfin la partie droite (clarifier et avancer vers ce qui peut enrichir la vie). Mais il est important de distinguer que le patient utilise l'ACT avant tout pour lui-même, alors que le thérapeute l'utilise aussi pour ses patients, ce qui implique une maîtrise plus approfondie du modèle.

Par ailleurs, le caractère évolutif de l'ACT implique d'être au fait des principes théoriques qui sont à la base des techniques appliquées quotidiennement. Cela constitue un moyen de prévenir la fusion avec une vision rigide de l'ACT elle-même. À titre d'exemple, une idée commune aux approches de la troisième vague des thérapies comportementales et cognitives est que tenter de supprimer ses émotions est contre-productif. Mais certains travaux s'intéressent actuellement à l'efficacité de cette stratégie en fonction de certaines caractéristiques personnelles. Et il est possible que l'on découvre que les principaux processus de l'ACT, comme l'acceptation, sont modulés par d'autres variables. La pratique du thérapeute pourrait alors être affinée. Il n'y a ainsi jamais de certitudes définitives dans l'application clinique. Il en est de même pour la médecine, et c'est pour cela que les médecins suivent une

formation étendue en biologie ou en chimie avant même de commencer à pratiquer. Nous pensons que la complexité de la psychologie humaine mérite également que l'on acquière de solides connaissances théoriques pour aider au mieux les patients.

Comment appliquer les techniques de l'ACT

Faire vivre l'expérientiel

Comme c'est généralement le cas en thérapie comportementale et cognitive, le thérapeute ACT partage autant que possible ses connaissances avec le patient et se montre transparent dans le choix de l'approche qu'il lui propose. Il le fait toutefois d'une manière qui est rarement didactique. La raison en est que didactique rime fréquemment avec recherche d'adhésion de la part du patient, ce qui constitue un piège que l'ACT essaie autant que possible d'éviter. Lorsqu'on fournit des explications de façon pédagogique à un patient, on prend le risque de mettre ses comportements sous le contrôle de règles verbales et donc de les rigidifier, de les rendre insensibles à leurs conséquences réelles. À cette description didactique, l'ACT préfère une approche expérientielle au cours de laquelle le thérapeute fait vivre au patient ce qu'il souhaite lui transmettre comme connaissances, afin que le patient en dégage ses propres règles de fonctionnement, en lien avec les conséquences réelles de ses comportements, qu'il pourra lui-même observer. Mais le caractère expérientiel de l'ACT, parce qu'il est moins habituel, nécessite un apprentissage par le thérapeute.

Le clinicien perçoit souvent relativement bien ce que le patient pourrait faire pour aller mieux (par exemple, arrêter de boire pour apaiser son sentiment de manque de confiance en lui, sortir de nouveau avec ses amis ou, encore, ne pas lutter contre ses obsessions). En revanche, l'amener à ce changement s'avère généralement beaucoup plus complexe. La plupart des thérapeutes se sont déjà retrouvés pris au dépourvu avec un patient, ne sachant plus quoi faire pour que celui-ci adopte un nouveau comportement qui lui serait plus profitable. Il n'est alors pas rare que l'on recherche de nouveaux arguments, dans l'espoir qu'ils soient plus convaincants, ou que l'on use (sans nécessairement sans rendre compte) d'une certaine forme d'argument d'autorité (en disant, par exemple : « *De nombreux patients ont bénéficié de cette méthode, elle vous sera certainement profitable* », ou encore « *Les recherches nous montrent que c'est bien comme cela que ça fonctionne* »). Si les informations fournies sous cette forme sont généralement exactes et intellectuellement convaincantes, leur impact en termes de changement chez le patient est loin d'être garanti. Certains patients peuvent ainsi camper sur leurs positions (par exemple, « *Je n'ai pas l'impression que*

passer dix minutes par jour à méditer va m'aider ») ou se montrent sincèrement convaincus mais sans pour autant appliquer les méthodes enseignées.

Le principe adopté par l'ACT est en la matière assez simple. Le thérapeute encourage son patient à essayer de nouveaux comportements en lui disant, par exemple, « *Essayez pour vous rendre compte par vous-même de ce que cela peut vous apporter* », et à observer par lui-même l'éventuelle utilité de ces nouveaux comportements (« *Qu'avez-vous remarqué lorsque vous avez laissé cette émotion apparaître plutôt que de vous distraire comme vous le faisiez habituellement ?* »). Une telle approche comporte deux intérêts principaux. D'abord, elle conduit le patient à contacter les conséquences effectives de ses comportements et ainsi à s'affranchir du contrôle habituellement exercé par ses pensées. À l'inverse, lorsque l'on explique de façon excessivement théorique le but des exercices, on s'adresse davantage aux pensées du patient qu'à son expérience. L'expérientiel permet donc d'éviter la fusion avec ce que peut dire le thérapeute. Par ailleurs, montrer au patient qu'on fait confiance à son expérience est un facteur d'autonomisation. Bien entendu, initialement, les patients effectuent les exercices souvent sur les conseils de leur thérapeute. Mais plus ce dernier s'assurera que son patient est lui-même observateur des conséquences de cette mise en pratique, plus la thérapie servira les valeurs du patient plutôt que le modèle thérapeutique employé.

Les choix du thérapeute quant à la présentation des exercices et métaphores sont donc le plus souvent motivés par le souhait d'amener le patient à observer les conséquences concrètes de ses comportements. Cela implique souvent de proposer un exercice sans expliquer exactement en amont à quoi il va servir (l'« écriture à l'aveugle » – voir Chapitre 4, « Abandonner la lutte : l'acceptation » – en est un bon exemple) et de faire vivre les métaphores plutôt que d'expliciter leur pertinence à éclairer la situation que vit le patient. Nous proposons dans l'exemple suivant deux manières différentes de présenter la métaphore des sables mouvants, visant à faire prendre conscience au patient de la contre-productivité de la lutte contre les émotions difficiles. La première version constitue une approche plutôt didactique, tandis que la seconde s'appuie davantage sur une démarche expérientielle (de ce fait, elle est également plus longue).

Version didactique

Thérapeute : « Ce que vous me décrivez de votre situation, c'est que lorsque vous vous sentez anxieux à l'idée de ne pas finir votre travail dans les temps, vous essayez de vous distraire en regardant la télévision. Et ensuite, vous vous sentez coupable de ne pas avoir assez travaillé et vous vous sentez encore plus anxieux, c'est bien cela ? »

Patient : « Oui, c'est comme un cercle vicieux. Mais quand je suis stressé comme ça, je me sens totalement submergé, c'est insupportable. »
Thérapeute : « En quelque sorte, ce que vous vivez, c'est un peu comme de se noyer dans des sables mouvants. Plus on essaie de s'en échapper en se débattant, et plus on s'enfonce rapidement. Dans votre situation, plus vous luttez pour ne pas ressentir d'anxiété, et plus vous vous sentez anxieux, au bout du compte. »
Patient : « Oui, c'est vrai. Je n'y avais jamais pensé mais c'est exactement ça, oui. »
Thérapeute : « Si on poursuit l'analogie, pour essayer de trouver une méthode plus efficace, dans les sables mouvants il est plus utile de s'étendre de tout son corps et de ne pas s'agiter. Et face à une émotion difficile, comme lorsque l'on se sent très anxieux, il est en fait plus efficace de ne pas chercher à s'en débarrasser. Il vaut mieux essayer de s'ouvrir à cette émotion et lui laisser de la place. »

Version expérientielle

Thérapeute : « Donc, lorsque vous vous sentez anxieux à l'idée de ne pas finir votre travail dans les temps, qu'est-ce que vous faites ? »
Patient : « J'arrête de travailler, j'essaie de penser à autre chose. En général, j'allume la télé et je zappe pour me vider la tête. »
Thérapeute : « Et ensuite, qu'est-ce qui se passe ? Vous vous sentez mieux ? »
Patient : « Sur le moment, oui. Ça me distrait un peu. Mais quand je me résous à éteindre la télé pour me remettre au travail, je suis encore plus stressé en pensant que je n'ai toujours rien fait. Et je culpabilise parce que j'ai perdu mon temps. »
Thérapeute : « Je vais vous poser une question qui va peut-être vous sembler surprenante. Vous avez déjà été pris dans des sables mouvants ? »
Patient : « Heu… Non, pourquoi ? »
Thérapeute : « Je voudrais vous proposer un petit exercice pour qu'on comprenne mieux votre situation. Est-ce que vous seriez d'accord pour y participer avec moi ? »
Patient : « Oui, d'accord. »
Thérapeute : « Je sais que vous n'avez jamais été pris dans des sables mouvants, mais j'imagine que vous avez peut-être déjà vu un film ou lu un livre dans lequel un personnage se retrouvait dans cette situation. Et je voudrais vous proposer d'imaginer un moment que vous vous trouviez vous-même dans cette situation ».
Patient : « Oui, je vois à peu près. »
Thérapeute : « Très bien. Alors imaginez que vous marchez tranquillement dans le désert et, subitement, vous sentez que vos pieds s'enfoncent. Qu'est-ce que vous ressentez ? »

Le thérapeute conduit la métaphore en employant le présent pour la rendre plus vivante. Il ne s'agit plus d'imaginer mais de vivre la situation.
Patient : « Je suis surpris, je me demande ce qui se passe. Je regarde autour de moi. »
Thérapeute : « Et qu'est-ce que vous voyez ? »
Patient : « Je vois que ce sont des sables mouvants et que je vais me noyer. »
Thérapeute : « Et qu'est-ce que vous ressentez alors ? »
Patient : « Je paniquerais certainement. »
Thérapeute : « Qu'est-ce que vous vous dites ? »
Patient : « Que c'est très dangereux, que je dois me sortir de là très vite ou je vais mourir noyé. »
Thérapeute : « Et qu'est-ce que vous ressentez en pensant cela ? »
Patient : « C'est effrayant, j'ai très peur. »
Thérapeute : « Que ressentez-vous dans votre corps ? »
Patient : « Je transpire, mon cœur bat très vite. »
Thérapeute : « Et alors, qu'est-ce que vous faites ? »
Patient : « Eh bien, j'essaie de sortir des sables avant d'être noyé. »
Thérapeute : « Oui, je crois que je ferais la même chose à votre place. Cela doit être effrayant. La première idée qui me viendrait serait sûrement aussi d'essayer de me sortir de là. Alors comment faites-vous pour sortir des sables ? »

Le thérapeute exprime son empathie et transmet l'idée que le patient n'est pas stupide. Il fait ce que la plupart ferait, y compris le thérapeute, dans une telle situation.
Patient : « Eh bien, le problème, c'est que si j'essaie d'en sortir, je m'enfonce encore plus. C'est connu, c'est le problème avec les sables mouvants. »
Thérapeute : « Oui c'est vrai… Et pourtant, c'est ce qu'on a envie de faire, n'est-ce pas ? »
Patient : « Oui, quand on se noie, on fait ce qu'on peut pour s'en sortir. »
Thérapeute : « On s'agite… »
Patient : « Oui, c'est la peur de se noyer qui fait perdre son sang-froid. Mais dans une situation comme ça, je perdrais sûrement mon sang-froid aussi. »
Thérapeute : « Vous vous agiteriez aussi ? Vous vous débattriez pour sortir ? »
Patient : « Probablement. Pris dans la situation, c'est sans doute ce que je ferais, même si je sais que ça va être pire. »
Thérapeute : « D'accord, imaginons un moment que vous êtes en train de faire cela, si vous le voulez bien. Décrivez-moi ce qui se passe exactement. »

Patient : « Eh bien je sors mes bras du sable. J'essaie d'attraper quelque chose. J'essaie de nager. »
Thérapeute : « Cela vous sort la tête du sable pendant un moment ? »
Patient : « Oui, mais pas longtemps. »
Thérapeute : « Qu'est-ce que vous ressentez quand vous faites des tentatives pour vous extirper du sable et que vous vous enfoncez encore plus ? »
Patient : « C'est désespérant. Je sens que je ne vais jamais m'en sortir. Plus j'essaie, et plus je m'enfonce. »
Thérapeute : « Et que ressentez-vous lorsque vous êtes stressé à propos de votre travail et que vous regardez la télé pour vous distraire ? »

Le thérapeute revient à la situation du patient sans formuler explicitement une comparaison avec la métaphore, afin de favoriser le repérage de cette similarité par le patient lui-même.

Patient : « Eh bien, ça va mieux un moment, tant que je ne pense pas à mon travail. »
Thérapeute : « Et ensuite, quand vous vous remettez au travail ? »
Patient : « C'est encore pire. »
Thérapeute : « Vous vous enfoncez encore plus ? »

Le thérapeute reprend le vocabulaire lié aux sables mouvants (« s'enfoncer ») mais en l'appliquant à la situation du patient pour favoriser de nouveau le repérage de la similarité de façon expérientielle.

Patient : « Oui, c'est encore pire. »
Thérapeute : « Regarder la télé, c'est pour échapper aux sables mouvants ? »

Ici, le thérapeute va jusqu'à mélanger la situation du patient à la métaphore pour souligner encore la similarité entre les deux réseaux relationnels.

Patient : « Oui, si on suit l'analogie, c'est à peu près ça, je crois… »
Thérapeute : « Et est-ce que ça vous aide à ne pas vous noyer ? »
Patient : « Non, c'est le contraire, là aussi… »
Thérapeute : « Plus vous luttez contre votre anxiété, plus vous êtes anxieux ? »
Patient : « Au bout du compte, oui. »

*Cette dernière question peut sembler purement rhétorique, mais le thérapeute la pose en réalité sincèrement. Il n'y a pas d'*a priori *absolu en matière de gestion des émotions. Si un patient utilise une méthode pour ne pas être anxieux et que cela fonctionne, sans interférer durablement avec ses valeurs, alors il n'y a pas de raison de l'en priver. Mais généralement, son désir d'être aidé indique que ce qu'il a essayé jusqu'à présent n'a pas fonctionné.*

Comme pour toutes les techniques décrites dans cet ouvrage, il n'y a pas de règle absolue à suivre, si ce n'est celle de veiller à ce que la fonction servie soit bien celle visée. Si une présentation didactique atteint son objectif, c'est-à-dire si elle aide le patient à essayer une approche nouvelle – accepter ses émotions plutôt que tenter de les supprimer quand cela s'avère inefficace –, alors cette approche est cohérente avec l'ACT. Cependant, les principes de l'ACT et les données expérimentales qui s'accumulent au sein de la TCR tendent plutôt à souligner l'importance de faire contacter directement les conséquences des comportements, plutôt que d'« ajouter du langage au langage ».

Développer les processus ACT en séance

Une manière très utile de développer les habiletés du patient en termes d'acceptation de ses événements psychologiques et d'action vers ses valeurs est de renforcer *en séance* l'apparition de ces nouvelles compétences. Si les thérapies comportementales ont toujours considéré l'importance de modifier les conséquences des comportements pour modifier les comportements eux-mêmes, elles se sont longtemps heurtées à la difficulté d'appliquer ce principe en psychothérapie. En effet, lorsque le travail thérapeutique prend la forme d'un entretien, les comportements cibles sont généralement évoqués uniquement verbalement (le patient rapporte les difficultés qu'il rencontre dans sa vie, qui se trouve à l'extérieur de la relation avec son thérapeute). Et il est donc souvent difficile de changer les conséquences de ces comportements si on n'a pas accès directement à l'environnement naturel du patient[1]. Une approche développée au sein de la psychologie comportementale, la thérapie fonctionnelle analytique (Kohlenberg et Tsai, 1991 ; Tsai et al., 2008), propose cependant une méthodologie alternative permettant de pallier les limites inhérentes à la psychothérapie, fondée sur un échange verbal. Le principe est de remarquer, en séance, les comportements entrant dans une même classe fonctionnelle que les comportements problématiques apparaissant à l'extérieur. L'ACT peut employer cette approche en considérant les comportements qui, en séance, reflètent une perte de flexibilité psychologique. Par exemple, une personne souffrant de phobie sociale qui se plaint de ne pas parvenir à parler en public

1. Les thérapeutes comportementalistes emploient cependant souvent des exercices concrets, comme sortir dans la rue pour s'exposer à la peur des grands espaces. Mais pour certaines problématiques, il est souvent difficile de trouver des situations qui correspondent bien à la situation vécue habituellement par le patient dans son environnement naturel (par exemple, un stress post-traumatique entraînant des difficultés à développer des relations intimes avec un partenaire).

montrera probablement des signes de cette anxiété dans ses échanges avec le thérapeute (elle ne regardera le thérapeute que furtivement dans les yeux ou elle s'exprimera avec des phrases très brèves). La démarche du thérapeute sera alors de renforcer chacune des approches de son patient vers un comportement qui lui sera plus profitable (par exemple, parler progressivement plus longtemps lorsque le thérapeute lui pose une question). Ce renforcement doit néanmoins tenir compte des renforçateurs naturels apparaissant dans la vie du patient. Si abandonner la lutte contre la peur de parler en public peut permettre à cette personne d'avoir des échanges plus riches avec les autres, alors, le thérapeute montrera également un intérêt accru pour ce que le patient lui rapporte lorsqu'il fait le choix de s'exprimer plus longuement. Cela permettra ainsi au patient d'acquérir, dans la relation avec le thérapeute, des habiletés qu'il pourra employer dans la vie « réelle ».

Voici un exemple d'échange utilisant la relation thérapeutique pour modeler la défusion, cette fois :

Patiente : « J'ai du mal à faire les exercices de méditation, parce que j'ai la sensation de perdre mon temps. Et je suis encore plus stressée après à l'idée de ne pas avoir passé assez de temps sur mon travail. »

Thérapeute : « Est-ce que vous avez cette sensation aussi quand vous venez ici ? »

Patiente : « Eh bien, je n'aime pas avoir des doutes sur l'avenir, je n'aime pas quand je ne suis pas sûre que ce que je fais va servir à quelque chose. Je suis tellement débordée, tellement stressée, que je ne peux pas me permettre de perdre une minute. Alors oui, c'est vrai que je me dis parfois que je perds peut-être mon temps à venir ici, que je ferais mieux de travailler davantage. Je serais peut-être moins stressée si je travaillais plus. J'aurais moins de retard dans mon travail. »

Thérapeute : « Est-ce que vous avez eu cette pensée avant de venir aujourd'hui ? »

Patiente : « Oui, je crois. Sûrement, parce que j'ai vraiment beaucoup de travail aujourd'hui. »

Thérapeute : « Et vous êtes là malgré tout. »

Patiente : « Oui… »

Thérapeute : « Pourquoi pensez-vous que vous êtes venue, alors que vous aviez la pensée que cela ne servirait à rien ? »

Patiente : « Eh bien, je veux quand même faire quelque chose pour apprendre à gérer mon stress différemment, je ne veux plus empoisonner la vie de ma famille à être désagréable tout le temps. »

Thérapeute : « Je suis très heureux que vous ayez fait ce choix, car il semble que cela compte vraiment pour vous. Alors que vous aviez une pensée qui vous indiquait plutôt de faire le contraire, de ne pas venir, vous avez malgré tout choisi d'agir en direction de vos valeurs. »

Patiente : « C'est vrai, mais je reste malgré tout assez incertaine. »

Thérapeute : « J'apprécie réellement que vous me fassiez part de cette incertitude, et que vous veniez m'en parler, même si vous avez la pensée que, peut-être, ça ne servira à rien. »

Pratiquer pour soi

Il est difficile pour un thérapeute de faire le choix d'un modèle thérapeutique sans être tenté de l'appliquer à soi. Car, ce n'est pas un scoop, les thérapeutes peuvent rencontrer des difficultés psychologiques. Et il serait alors saugrenu qu'ils n'utilisent pas pour eux-mêmes la démarche sur laquelle ils s'appuient pour aider leurs patients. La plupart d'entre nous se servent largement de ce qu'ils pensent efficace afin de prendre en charge ses propres difficultés et de mieux se comprendre (c'est d'ailleurs peut-être la raison pour laquelle la confrontation des modèles théoriques et thérapeutiques déchaîne parfois les passions : convaincu de la pertinence de son modèle qui, outre d'aider ses patients, lui permet de se repérer par rapport à ce qu'il vit, le thérapeute supporte assez mal de voir son outil d'analyse être remis en question). Recourir à son outil d'analyse pour soi est donc une évidence pour beaucoup de thérapeutes. L'ACT ne représente pas une exception sur ce point.

La question qui se pose est de savoir si le thérapeute *doit* pratiquer l'ACT pour lui-même. Fidèle à son souci de flexibilité, l'ACT ne fixe aucune règle en la matière. À chacun de se faire sa propre expérience. Mais ceci n'est vrai qu'en ce qui concerne la vie personnelle du thérapeute. Les choses sont différentes au niveau professionnel. Nous pensons qu'il est alors pertinent que le thérapeute pratique l'ACT pour lui-même, car ses capacités à être acceptant, à prendre ses pensées avec distance, à être présent et à agir dans le sens de ses valeurs auront des effets déterminants sur la thérapie. Aussi nous conseillons à chaque thérapeute de pratiquer l'ACT pour améliorer ses compétences thérapeutiques, même si cela ne constitue pas un passage obligé.

Pour cela, il s'agit « simplement » de retourner les différents points de l'Hexaflex en direction du thérapeute et de les appliquer en situation thérapeutique. C'est ce travail qui est proposé en ateliers de formation et en supervision.

En situation thérapeutique, les principales émotions et pensées évoquées chez le thérapeute se rapportent aux émotions que le patient vit pendant l'entretien. Parfois bouleversé par les émotions que vit son patient, le thérapeute est alors lui-même confronté à des émotions difficiles. Il peut être poussé à l'évitement expérientiel. Il est plus facile pour chacun de nous d'appliquer la réassurance : à très court terme, les émotions du patient s'apaisent, et les nôtres également. Ou encore, nous pouvons être tentés de ne pas aborder certains points qu'on sait être problématiques pour le patient, ou changer de sujet lorsque des

émotions trop complexes se font jour. Aussi, plus le thérapeute parviendra à développer l'acceptation de ses propres émotions, plus il permettra au patient de vivre les siennes. En étant acceptant de toutes les émotions qui se font jour au cours de la thérapie, les siennes comme celles du patient, le thérapeute crée un espace de sécurité qui sera profitable au patient pour cheminer vers l'acceptation. Enfin, en appliquant l'acceptation, le thérapeute peut servir de modèle au patient. Plus le thérapeute sera acceptant de ses propres émotions, mieux il parviendra à emmener le patient vers l'acceptation en laissant un espace pour qu'évoluent toutes les émotions du patient. Comment un patient peut-il développer son acceptation si le thérapeute qui se trouve en face de lui fait l'inverse ?

De même pour la défusion. C'est aussi en observant comment le thérapeute considère avec distance ses propres pensées, son modèle théorique et ses hypothèses, que le patient apprend à se détacher de l'activité langagière. Il est donc très utile que le thérapeute s'entraîne à la défusion afin d'être le plus flexible possible par rapport à ce qui est dit et à ce qu'il pense au cours de la thérapie. Les pensées les plus fréquentes chez le thérapeute en situation d'entretien se rapportent à ses compétences et au jugement que le patient pourrait porter sur lui : « *Je suis un mauvais thérapeute* », « *Je ne parviendrai jamais à l'aider* », « *Cela fait trop longtemps que son problème est présent, rien de ce que je pourrais faire ne l'amènera à changer* », « *Je lui demande de me payer mais je ne l'ai pas beaucoup fait avancer aujourd'hui* », etc. Si le thérapeute est en fusion avec des pensées de ce type, elles peuvent le conduire vers le découragement ou le bloquer dans l'inaction. Qui plus est, puisque des pensées de ce type sont vraisemblablement à l'origine d'émotions désagréables pour le thérapeute, il peut être conduit à se rassurer ou à chercher des preuves pour contredire ces pensées, ce qui aura pour effet de lui faire perdre le contact avec ce qui se passe au cours de l'entretien. Cela peut être très dommageable, car le thérapeute doit aussi cultiver le contact avec l'instant présent. Son présent à lui, c'est le patient. Si un thérapeute rencontre un patient 45 minutes par semaine, sa marge de manœuvre est mince en comparaison de tout le temps pendant lequel le patient agit en son absence. Le thérapeute doit utiliser ce temps au mieux en étant le plus présent possible.

Enfin, nous pensons que la pratique de l'ACT pour soi est un facteur important de développement de l'empathie. En expérimentant soi-même les difficultés à s'engager dans l'action, à ne pas lutter contre ses événements psychologiques, à ne pas croire sur parole ses pensées et à être en contact avec l'instant présent, le thérapeute constate que cela peut se révéler parfois complexe. Il peut ainsi comprendre davantage pourquoi son patient n'y parvient pas aussi rapidement qu'il le souhaiterait.

Au final, nous pensons qu'il est préférable que chaque thérapeute qui applique l'ACT dans sa pratique clinique y ait recours pour lui-même en situation thérapeutique, qu'il incarne en quelque sorte le modèle, car cela aura immanquablement des répercussions sur l'efficacité de la thérapie (voir Chapitre 12, « Développer la relation thérapeutique et l'empathie »).

Comment construire ses propres métaphores

L'ACT ne constitue pas un ensemble de techniques mais un ensemble de principes. Ces principes sont représentés par les six points de l'Hexaflex et visent, ensemble, à accroître la flexibilité psychologique. Bien comprendre ces principes et donc la théorie qui les sous-tend peut s'avérer d'une grande utilité pour appliquer les techniques qui découlent de ces principes avec flexibilité et créativité. Par exemple, maîtriser les principes fondamentaux de la théorie des cadres relationnels peut permettre de créer une métaphore qui correspondra plus particulièrement à l'expérience du patient.

Le principe de la métaphore est de placer en relation d'équivalence deux réseaux de relations : la situation vécue par le patient et l'histoire qui est racontée. Par exemple, dans ce chapitre, nous avons présenté la métaphore des sables mouvants à un patient qui luttait contre son anxiété en regardant la télévision. La figure 13.1 représente ces deux réseaux relationnels. La situation des sables mouvants inclut une relation de condition entre la lutte et l'accélération de la noyade (plus on lutte et plus on se noie), qui est équivalente à la relation de condition incluse dans la situation du patient (plus il lutte contre son anxiété et plus il se sent anxieux). L'objectif de la métaphore est de conduire à une modification de la fonction de la lutte telle qu'elle est perçue par le patient. Jusqu'à présent, regarder la télévision lorsqu'il se sent anxieux est considéré comme un moyen de se sentir mieux. Les échanges avec le thérapeute ont déjà permis d'éclairer le patient sur l'inefficacité de cette stratégie. Présenter la métaphore favorise encore davantage la transformation psychologique : regarder la télévision entraîne, comme l'agitation dans le sable, l'aggravation de la situation.

Dans cet exemple, une métaphore universelle a été employée. Il s'agit d'une situation connue de la plupart des gens, même si peu y ont été effectivement confrontés. Mais il est souvent possible d'établir une relation d'équivalence entre ce que vit le patient et une autre situation réellement familière. Dans ce cas, le thérapeute emploie des éléments qui proviennent directement de l'expérience vécue par le patient, mais généralement dans une situation autre que sa problématique clinique. Ainsi, si le patient de notre exemple précédent rapporte être amateur de mécanique automobile, le thérapeute pourra lui proposer une

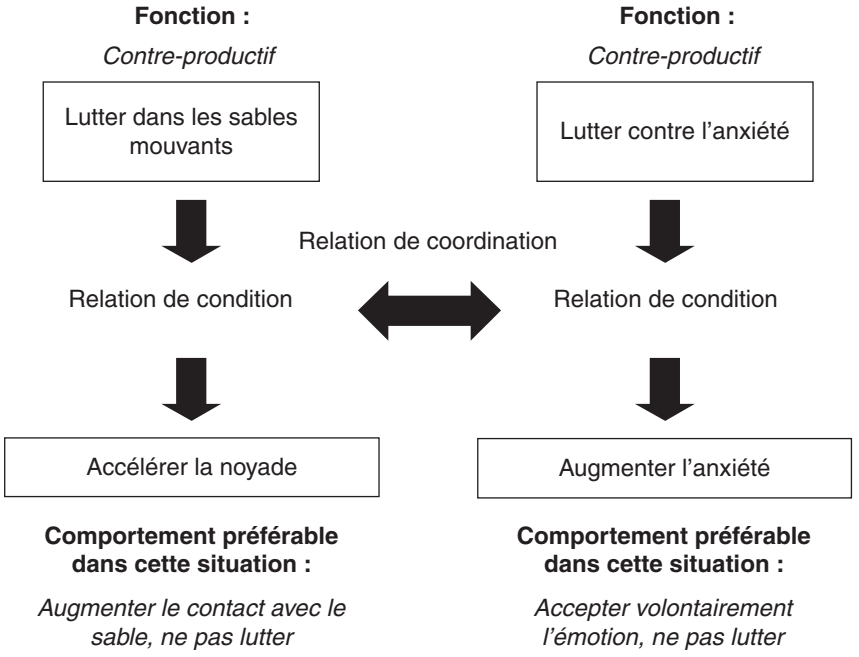


FIGURE 13.1. **Analyse de la présentation d'une métaphore selon la théorie des cadres relationnels.**

métaphore utilisant ce contexte. Par exemple, lorsque l'on a des difficultés à démarrer sa voiture, il arrive souvent que l'on insiste en appuyant sur l'accélérateur. Certaines personnes insistent tellement, pensant que cela va finalement faire démarrer leur voiture, qu'ils en arrivent à noyer leur moteur. Si le patient est suffisamment expert en la matière, il ne tombera probablement jamais dans ce piège. En revanche, il adopte bel et bien une stratégie contre-productive équivalente avec son anxiété.

Une telle approche a souvent l'avantage de transformer la fonction de la cible de façon encore plus efficace car le patient peut percevoir qu'il adopte deux stratégies opposées dans deux situations pourtant similaires. De lui-même, il parvient à constater qu'un changement d'approche lui serait sans doute profitable. Parfois, le thérapeute se trouve suffisamment inspiré pour créer une telle métaphore durant la séance. Mais il peut aussi en préparer de nouvelles entre deux séances. Avec de la pratique, la compétence à utiliser ce que le patient rapporte de sa vie s'accroît et il devient plus facile d'employer des éléments personnels pour lui faire percevoir sa problématique clinique avec un œil nouveau. Au final, plus le thérapeute parviendra à créer des métaphores qui utilisent ce que le patient vit au quotidien, plus ce dernier parviendra

à transférer les relations entre les deux réseaux relationnels. Pour cela, le thérapeute doit faire appel à sa créativité et à sa connaissance des principes généraux et des fonctions qu'il souhaite atteindre.

Peut-on importer des techniques provenant d'autres modèles ?

La multiplicité des modèles psychothérapeutiques entraîne parfois les thérapeutes à se former à diverses approches afin de se constituer une « boîte à outils » dans laquelle ils peuvent puiser différentes méthodes en fonction de la problématique de leurs patients. L'idée est en général d'employer ce qui est efficace pour tel type de pathologie ou de s'adapter en fonction de ce à quoi le patient semble être le plus sensible. Le principe de la boîte à outils n'est pas incompatible avec la démarche ACT, mais il doit cependant être précisé dans ce cas. Toute technique peut devenir utile, si elle est employée vers une fonction cohérente avec le modèle de la flexibilité psychologique. En d'autres termes, si une technique permet de favoriser l'acceptation des émotions, de défusionner du langage, d'être en contact avec l'instant présent, de se détacher du soi conceptualisé, de clarifier ou d'avancer vers ses valeurs, alors elle peut être intégrée à la pratique du thérapeute ACT. Mais aucune technique ne doit être considérée comme « technique ACT » hors d'un contexte particulier, sans quoi on pourrait se retrouver à essayer de planter un clou avec un tournevis. Ainsi, une technique de focalisation sur l'instant présent pourrait être employée pour se distraire temporairement de ses émotions, et la clarification des valeurs pourrait être réalisée en fusion avec le soi conceptualisé (par exemple, « *Il faut que je fasse des études longues car tout le monde fait des études longues dans ma famille* »). Lorsque le thérapeute ACT importe des techniques provenant d'autres approches, il doit donc tenir compte de la fonction qu'il vise, exactement comme il le fait avec les techniques créées au sein de son modèle.

Les techniques le plus souvent intégrées dans l'ACT proviennent principalement des autres modèles de la troisième vague des thérapies cognitives et comportementales. Notamment, les exercices de méditation développés au sein de ces différentes approches sont très variés et il peut être intéressant de s'en inspirer afin de favoriser la généralisation des compétences du patient. Le principe de la validation des émotions du patient développée en thérapie comportementale dialectique est tout à fait compatible avec une démarche d'acceptation. L'utilisation de métaphores est également très répandue en psychothérapie et il n'est pas rare que l'on puisse reprendre directement certaines d'entre elles provenant de l'hypnose ericksonienne, par exemple. C'est aussi le cas de certains exercices mettant en jeu des paradoxes dans les thérapies brèves.

Dans d'autres cas, des techniques peuvent sembler en opposition avec la démarche de l'ACT. C'est le cas par exemple des méthodes d'extinction des émotions (comme l'exposition) utilisées traditionnellement en thérapie cognitive et comportementale. Ces techniques ont fait leur preuve dans de nombreux troubles psychologiques (INSERM, 2004) ; il peut donc sembler regrettable de s'en priver si elles aident les patients. Et pourtant, elles semblent fonctionner en contradiction avec les principes de l'ACT qui consiste à ne pas chercher à faire disparaître ses émotions. Comment donc résoudre ce dilemme, particulièrement criant si l'on considère que l'ACT appartient à la famille des thérapies comportementales et cognitives ? La solution est en réalité relativement aisée. L'ACT peut tout à fait utiliser l'exposition. Si l'on prend par exemple un cas simple de phobie, le thérapeute ACT peut effectivement proposer au patient de s'exposer. Mais le but recherché sera de se rapprocher de ses valeurs plutôt que de supprimer ses émotions. Cette distinction semblera parfois très subtile, mais en termes de pratique, des différences notables apparaissent. Ainsi, le thérapeute ACT ne mesure pas l'ampleur des émotions ressenties, dans le but de renforcer leur diminution. Il renforce plutôt l'observation et l'acceptation des émotions alors que le patient s'expose (en pratiquant des exercices de pleine conscience associés à l'exposition, par exemple). De plus, l'exposition est conduite préférentiellement avec des cibles ayant un sens en termes de valeurs. Ainsi, un patient souffrant de phobie sociale n'aura aucune raison de s'exposer en prenant la parole devant une assistance, si cela n'est pas en lien avec ses valeurs. Il pourra en revanche débuter des cours de danse si cela correspond à quelque chose qu'il veut réellement faire, quelles que soient les émotions que cette « exposition » engendrera. Le thérapeute l'encouragera sur cette voie par des formules telles que « *Je suis très heureux pour vous que vous fassiez quelque chose qui compte pour vous, même si cela vous fait peur* » plutôt que « *C'est une bonne chose que vous débutiez cette activité car elle va vous permettre de faire diminuer votre peur en vous y exposant* ».

Dans ce type de problématique, on observe néanmoins généralement que l'émotion diminue effectivement, même avec une exposition de type ACT. Le patient s'en réjouit généralement, et c'est bien normal. Mais de son côté, le thérapeute se garde de renforcer l'idée selon laquelle l'émotion est dangereuse et que sa réapparition serait un problème. Le thérapeute peut donc expliquer à son patient qu'il s'agit d'un effet courant et plutôt agréable, mais que les émotions difficiles ne disparaîtront jamais totalement de son existence. En encourageant l'acceptation plutôt que l'extinction, le patient acquiert une compétence qu'il pourra, de plus, généraliser à toute situation déclenchant des émotions difficiles, même très éloignées de celles ayant été ciblées par l'exposition. Par exemple, un patient souffrant de phobie sociale qui apprend à accepter

sa peur sera sans doute mieux armé pour accepter sa tristesse lorsqu'il est déprimé, et pour agir malgré tout en direction de ses valeurs.

Définir ses objectifs : résoudre le paradoxe de l'acceptation

Un paradoxe semble exister dans la notion d'acceptation et, de façon plus large, au cœur des approches de la troisième vague qui proposent de ne plus œuvrer en direction de la diminution ou de la disparition des émotions problématiques. Comment une démarche peut à la fois se revendiquer thérapeutique et fixer comme principe le fait de ne pas chercher à diminuer les émotions au cœur même du problème ? Quels sont précisément les objectifs thérapeutiques d'un thérapeute ACT ? Est-ce que l'ACT ne conduit pas finalement à la diminution des manifestations émotionnelles pour lesquelles les patients viennent nous consulter ? Dans notre expérience clinique, nous constatons que les patients évoluent au cours de la thérapie dans le sens d'une diminution des émotions qui leur posent problème. Des travaux commencent même à montrer que si les manifestations émotionnelles ont tendance à être majorées au moment de l'arrêt de la thérapie (vraisemblablement parce que les patients sont davantage enclins à ne pas les combattre), ces émotions pénibles diminuent progressivement après la thérapie.

Pourtant, nous répétons que la régulation et le contrôle émotionnel ne constituent pas les objectifs de la thérapie. Même chose pour la thérapie de pleine conscience, et même pour la méditation, dont la plupart des écoles semblent d'accord pour dire qu'il ne faut rien en attendre. On ne médite pas pour obtenir quelque chose, ou sinon on n'obtient rien. L'ACT n'a pas pour but d'aider le patient à contrôler ses émotions et ses pensées. Nous passons même beaucoup de temps à montrer à nos patients que s'ils cherchent à obtenir ce résultat, comme ils l'ont toujours fait, ils risquent de rester confrontés à la souffrance qui est la leur. La plupart revient pourtant périodiquement à cette lutte, ou ne perçoit que progressivement l'intérêt de l'acceptation, comme en témoignent les questions qui nous sont adressées :

« Si j'accepte ma peur, va-t-elle finir par disparaître ? »

« Imaginons que je sois d'accord de me sentir jugée, une fois que je me serai vraiment sentie nulle, vais-je reprendre confiance en moi ? »

« Combien de temps vais-je devoir continuer à accepter les souvenirs de mon accident ? »

« J'ai fait tout ce que vous m'avez conseillé, mais je me sens toujours aussi mal. »

Toutes ces questions et ces demandes de réassurance montrent à quel point l'objectif de disparition des événements psychologiques douloureux

constitue une intuition qu'il est difficile de laisser de côté, et que la demande que les patients adressent à toute psychothérapie est de les débarrasser de ce mal qui les ronge.

Alors quoi ? Sommes-nous face à une hypocrisie ? Ou est-ce que l'ACT ne constitue pas à proprement parler une psychothérapie ? Ou encore, penserions-nous avec d'autres, que la guérison viendra, peut-être, de surcroît ? Il existe plusieurs réponses à ces questions, qui nous conduisent à développer un principe comportemental maintenant bien documenté : le renforcement différentiel. Nous détaillerons ce principe dans un instant, mais rappelons d'abord que nous avons développé au sein de l'ACT une définition du symptôme fort différente de celles retenues par d'autres écoles psychothérapeutiques (voir Chapitre 11, « Évaluer les avancées thérapeutiques »). Pour l'ACT, le symptôme correspond à la perte de flexibilité psychologique et au manque d'actions en direction des valeurs. L'ACT vise donc bien une modification des symptômes, ainsi redéfinis. En revanche, elle ne considère pas ce qui est habituellement qualifié de symptôme comme la bonne cible thérapeutique.

Précisons également que si l'ACT ne cherche pas à faire disparaître les émotions, les pensées et les sensations difficiles car elle les considère comme faisant partie intégrante de l'existence, elle vise tout de même à supprimer la souffrance ajoutée à la douleur, cette part d'émotions et de pensées négatives qui s'ajoutent aux émotions inhérentes à la vie elle-même et à l'usage du langage, cette souffrance associée à la lutte vaine contre les événements psychologiques (la honte d'être triste ou d'avoir peur, par exemple).

Mais le point qu'il nous paraît important de mettre en lumière pour répondre au paradoxe apparent de l'acceptation porte sur la manière dont on « affronte » les événements psychologiques problématiques. Nous l'avons vu, il est très complexe et très risqué de tenter de modifier ses émotions et ses pensées. Cela nécessite de sacrifier tout le reste, et entretient généralement le phénomène. Mais une nuance repose sur la façon d'y parvenir. Généralement, la plupart d'entre nous organisent une attaque en règle de ces événements psychologiques. Une attaque frontale. Nous centrons toute notre attention sur eux afin de trouver un moyen de les museler, de les faire disparaître. Plus rien d'autre ne compte que de se débarrasser de ce qui pose problème. La vie s'organise exclusivement autour de cet objectif, avec pour résultat la perte de flexibilité psychologique dont nous avons déjà parlé. Quand cette lutte est active, elle prend la forme de pensées visant la réassurance (« *Tu n'es pas si nul que cela* ») ou d'actions qui apportent immédiatement un soulagement (boire, manger, acheter, jouer, etc.). Quand on sent qu'on commence à perdre pied dans cette lutte directe contre les

événements psychologiques indésirables, l'évitement ou la fuite sont alors privilégiés. On peut aussi chercher à nier le problème (« *Ce n'est qu'une petite frousse, ça va passer, tiens bon* »). Dans le jargon de l'analyse du comportement, sur laquelle repose l'ACT, ces procédures sont appelées renforcement négatif (boire de l'alcool diminue l'anxiété ; ce comportement se renouvelle par la disparition de l'anxiété) et punition, procédure par laquelle on cherche à faire disparaître directement un comportement, à en diminuer la fréquence d'apparition. Les comportementalistes ont souvent montré les difficultés inhérentes à la punition, notamment son manque d'efficacité à long terme ainsi que ses effets secondaires, généralement de l'agressivité.

Il existe une autre façon de faire diminuer ou disparaître un comportement dont on souhaite se débarrasser. Elle consiste à ne plus s'en soucier et à renforcer simultanément un autre comportement, de préférence incompatible, afin que la part consacrée à ce nouveau comportement grignote progressivement le temps et l'énergie allouée à celui qu'on veut voir disparaître. C'est ce qu'on appelle le renforcement différentiel. Par exemple, face à un élève indiscipliné, il est bien plus efficace de lui signifier chaque fois qu'il est calme et studieux et de le renforcer dans ce sens, tout en ignorant son indiscipline, que de le punir chaque fois qu'il prend la parole sans qu'on le lui demande. Progressivement, la part des comportements adaptés à la classe augmentera car elle seule sera renforcée. On pourrait dire en quelque sorte qu'il s'agit là d'une modification indirecte. Elle nécessite avant tout de déclarer l'autonomie du problème qu'on souhaite faire disparaître, de le considérer comme inaccessible, en tout cas directement. Plus encore, de considérer que l'important n'est pas là.

L'accent mis sur les actions dans le sens des valeurs et sur la recherche de flexibilité psychologique correspond précisément au renforcement différentiel. L'important n'est pas la disparition des émotions et des pensées qui font souffrir. En les laissant aller et venir à leur guise, on retrouve la flexibilité dont l'absence est devenue aliénante. Une émotion se présente ? Je l'observe et regarde son évolution, sans chercher à la modifier ou l'orienter. Et je choisis en revanche d'agir dans un domaine dont je sais qu'il m'apporte une satisfaction durable. Notons au passage que le renforcement différentiel constitue également le principe d'action sur lequel repose en partie la psychologie positive lorsqu'elle met l'accent sur le développement de compétences comme la créativité, la gentillesse, la capacité à profiter des petits plaisirs de l'existence ou l'optimisme (André, 2009 ; Cottraux, 2007 ; Seligman et Csikszentmihalyi, 2000). Se centrer sur le développement de compétences positives entraîne, de fait, le désamorçage d'un affrontement direct des émotions et pensées négatives.

Face au paradoxe apparent d'une psychothérapie dont les objectifs sembleraient ne pas être thérapeutiques, l'ACT met donc en lumière le caractère particulier de son objet d'étude et de son champ d'action. De fait, elle constitue une psychothérapie à part entière, qui permet aux patients d'acquérir une meilleure qualité de vie, mais dont les outils ne visent pas une modification directe des événements psychologiques douloureux. Si elle y parvient, c'est précisément parce qu'elle y renonce. Et c'est à notre avis le positionnement que doit adopter le thérapeute ACT et auquel il doit conduire son patient.

Chapitre 14

Comment devenir un thérapeute ACT ?

La question de savoir comment devenir un thérapeute ACT nous est souvent posée au cours des ateliers de formation que nous organisons. Est-ce qu'un atelier de deux jours – le format le plus souvent proposé – suffit à devenir un thérapeute ACT ? Peut-être vous posez-vous la même question après avoir lu cet ouvrage ? Suffit-il d'avoir travaillé ce manuel pour être un thérapeute ACT ? Quel degré de formation, de lecture ou d'expérience est-il nécessaire de posséder pour pouvoir dire qu'on est un thérapeute ACT ? Ou encore, quand peut-on appliquer les outils présentés dans cet ouvrage ou au cours des ateliers ? La réponse à cette question est relativement simple, et elle est pour nous l'occasion d'expliquer plus avant quelques principes propres à la communauté de cliniciens et de chercheurs de l'ACT.

Il nous paraît d'abord important de rappeler qu'avant d'être un thérapeute ACT, il est nécessaire d'être autorisé à pratiquer la psychothérapie. Le domaine de la psychothérapie constitue trop souvent le terreau de dérives et de charlatanisme. Aussi, quelle que soit l'orientation thérapeutique choisie, il est nécessaire que chaque clinicien dispose du diplôme et de la formation requis en regard de la législation en vigueur dans le pays dans lequel il exerce.

Au-delà, l'appellation « thérapeute ACT » ne constitue pas une « marque » déposée, une estampille qu'il ne serait possible d'arborer qu'après un cycle de formation particulier, auprès de formateurs dûment désignés. Chacun est libre de l'utiliser comme bon lui semble, à partir du moment où il est autorisé à pratiquer la psychothérapie. Il n'existe pas de diplôme de thérapeute ACT ou de prérequis de formation. La communauté de cliniciens et de chercheurs de l'ACT a souhaité, dès le début, que le modèle soit à l'image de la communauté de la recherche scientifique, c'est-à-dire ouvert, collaboratif et en perpétuelle évolution. Ces critères se reflètent dans l'absence de leaders, mais surtout dans le caractère collaboratif de la constitution et de l'évaluation des outils thérapeutiques, comme du modèle en lui-même. À l'image du modèle de la création de logiciels libres dits « *open-source* » dont un des représentants

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

les plus connus est Wikipédia, l'encyclopédie collaborative en ligne, chacun est libre de modifier le modèle, de l'amender, de l'enrichir, de créer des ponts avec d'autres disciplines ou d'autres modèles thérapeutiques, d'importer des exercices, etc. Comme dans la communauté scientifique, le critère d'évaluation de chaque nouveau concept ou de chaque nouvel outil reste la méthode expérimentale. De nombreuses discussions et réflexions sont constamment menées parmi les praticiens de l'ACT pour faire évoluer le modèle. À titre d'exemple, il existe une liste d'échanges entre les intervenants de l'ACT au niveau international. Cette dernière a conduit à l'échange de près de 20 000 mails durant ses sept premières années d'existence. De même, le site Internet de l'association internationale (ACBS – *Association for Contextual Behavioral Science*[1]– http://contextualpsychology.org/) rassemble tous les articles écrits dans le domaine, les diaporamas de congrès et d'ateliers de formation, des vidéos et des enregistrements de différentes formations et présentations dans les colloques, que chaque membre peut utiliser à sa convenance. L'association compte à ce jour plusieurs milliers de membres et chacun est invité à diffuser les outils, les exercices et les métaphores qu'il a créés, ou les données de ses recherches. C'est aussi pour cette raison que nous avons consacré un chapitre à la création d'exercices et de métaphores (voir Chapitre 13, « La flexibilité du thérapeute ») : chaque thérapeute ACT est un acteur du modèle à part entière, quel que soit son niveau de formation ou d'expérience.

Pour toutes ces raisons, le modèle thérapeutique ACT est en perpétuelle évolution et n'appartient à personne. Impossible dans ce contexte de définir une démarche canonique, figée, à respecter pour pouvoir se prévaloir d'être un thérapeute ACT.

Par ailleurs, nous pensons que la caractérisation d'un thérapeute repose avant tout sur les objectifs qu'il choisit pour les thérapies qu'il entreprend auprès de ses patients, et non sur la quantité de formations qu'il a suivies, les personnes qui l'ont formé, les lectures qu'il a accomplies, les congrès auxquels il a participé, ou encore l'ampleur du travail sur soi qu'il a pu accomplir. Aussi, ce qui détermine le fait qu'un thérapeute puisse s'affirmer être un thérapeute ACT est avant tout le fait qu'il choisisse les objectifs suivants pour les thérapies qu'il entreprend avec ses patients :

- aider le patient à agir davantage en adéquation avec les valeurs qu'il a choisies ;
- aider le patient à accroître sa flexibilité psychologique vis-à-vis de ses émotions, de ses pensées, de ses souvenirs et de ses sensations, et ne

1. L'adhésion à cette association est dite « *value-based* », c'est-à-dire que le montant de la cotisation est laissé à la discrétion de l'adhérent en fonction de la valeur qu'il attribue à l'association et à ses ressources.

pas chercher à les supprimer ou à en atténuer la portée si cela l'éloigne de ses valeurs.

C'est donc avant tout sur un choix d'objectifs thérapeutiques que repose le fait de pratiquer l'ACT. À partir du moment où un thérapeute souscrit aux objectifs énoncés ci-dessus et œuvre vers eux dans sa pratique clinique, il est un thérapeute ACT. Bien évidemment, le nombre de formations qu'il aura suivies, la quantité de lectures qu'il aura faites et l'expérience dont il disposera détermineront la qualité des thérapies qu'il proposera à ses patients. De même, le travail qu'il effectuera pour être lui-même plus flexible par rapport à ses événements psychologiques, moins en fusion avec ses pensées et ce qu'il pense être, et engagé dans le sens de ses valeurs – vraisemblablement des valeurs d'aide et de soin –, sera tout aussi déterminant. On trouvera bien sûr des thérapeutes ACT plus ou moins expérimentés, comme dans toutes les disciplines, et il est de la responsabilité de chacun de se former régulièrement, de se perfectionner et de se tenir à jour de l'avancée des recherches. Mais seul le fait de faire siens les principes généraux déterminés par l'ACT, dans l'état actuel des connaissances, détermine la possibilité qu'un thérapeute se définisse comme « thérapeute ACT ».

Conclusion

Ne considérez aucune pratique comme immuable.
Changez et soyez prêts à changer encore.
N'acceptez aucune éternelle vérité. Expérimentez.

Burrhus Frederic Skinner

La thérapie d'acceptation et d'engagement s'inscrit de plus en plus comme un modèle psychothérapeutique prometteur. Les résultats actuels montrent son intérêt dans la plupart des troubles psychologiques. L'accent mis sur ses principes et son orientation garantissent son développement et son évolution.

Les principes généraux de l'ACT, ainsi que les applications de la théorie des cadres relationnels, trouvent de plus en plus leur application en dehors du champ strict de la psychothérapie. Leur intérêt se révèle dans des domaines aussi variés que la prévention des comportements délétères à la santé, la médecine comportementale, l'aide aux aidants de patients atteints de maladie d'Alzheimer, la déstigmatisation à l'égard des populations fragilisées, une forme de psychologie positive au travers du développement de méthodes d'autocompassion, l'éducation, l'entraînement des sportifs de haut niveau, ou encore le développement des compétences relationnelles chez les enfants atteints d'autisme.

Si un seul de ces principes était à retenir, ce serait à n'en pas douter celui de la recherche constante d'une flexibilité psychologique. Si ce principe occupe une place à part à nos yeux, c'est qu'il s'exprime à tous les niveaux de l'intervention ACT. Il constitue l'objectif thérapeutique central vers lequel nous souhaitons conduire nos patients. Nous le pensons pertinent pour que chacun d'entre eux s'éloigne de la lutte contre une partie de lui et puisse construire, jour après jour, une vie signifiante en harmonie avec ses aspirations. La flexibilité est aussi incluse dans le modèle lui-même, ce qui lui permet de ne pas rejeter les techniques d'autres approches si elles se révèlent compatibles avec les orientations thérapeutiques.

Les exercices proposés dans cet ouvrage ne constituent pas une liste exhaustive, mais plus certainement des exemples à partir desquels dégager des principes d'action, ainsi qu'une philosophie générale de la thérapie d'acceptation et d'engagement. Nous soulignions en avant-propos

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

l'importance de l'implication de chaque thérapeute dans le processus de création de ce modèle psychothérapeutique. Et c'est là, à notre avis, que la flexibilité psychologique constitue un principe particulièrement important. Car elle est surtout à cultiver par le thérapeute dans sa pratique quotidienne, ainsi que dans son appréhension même du modèle. La flexibilité à l'égard de tout modèle, en incluant celui de l'ACT, nous paraît essentielle à l'inévitable évolution de nos pratiques et de nos conceptions, afin de proposer une aide toujours plus utile aux patients qui nous la demandent.

Annexe - Liste des échelles, exercices et métaphores

Échelles

Questionnaire d'Acceptation et d'Action (AAQ-II) 142
Questionnaire de fusion cognitive (CFQ28) 145
Inventaire des tendances à la suppression (WBSI) 147
Échelle d'attention et de pleine conscience (MAAS) 149
Questionnaire des valeurs (VLQ) 152

Exercices

Attention variable 110
Chocolat-chocolat 90
Compter sa respiration 111
Dites-le dans une autre langue 92
Dites-le avec une voix différente, en chantant ou sous forme de question 93
Écriture à l'aveugle 49
Emmenez votre esprit en ballade 86
« Et » au lieu de « mais » 88
Fête d'anniversaire 60
J'ai la pensée que… 89
L'équation à l'infini 62
L'horloge des valeurs 108
La machine à critiques 119
Le balayage corporel 106
Le jeu des rôles 121
Les paradoxes du langage 89
Les pensées comme des feuilles flottant sur une rivière 105
Levez la main 88
Lire dans différentes langues 110
Menottes chinoises 50
Ne faites pas ce que vous dites ! 87
Observer l'observateur 120
Observer toutes les facettes d'un même objet 109
Passé, présent ou futur ? 107

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Physicaliser 90
Rencontrez-vous dans 10 ans 63
Sweet spot 59
Un air bien connu 108
Vous avez toujours été là 124

Métaphores

L'échiquier 122
La nappe de brouillard 86
Lâcher la voile 48
Le GPS 103
Le polygraphe 49
Le programme anti-stress 49
Le stade de football 86
Le tir à la corde 48
Les passagers du bus 84
Les sables mouvants 48
Tatie Danielle 47

Bibliographie

Abramowitz, J. S., Tolin, D. F., & Street, G. P. (2001). Paradoxical effects of thought suppression : a meta-analysis of controlled studies. *Clinical Psychology Review*, *21*, 683–703.

André, C. (2009). *Les états d'âme. Un apprentissage de la sérénité*. Paris : Odile Jacob.

Ansfield, M. E., Wegner, D. M., & Bowser, R. (1996). Ironic effects of sleep urgency. *Behaviour Research and Therapy*, *34*, 523–531.

Bach, P., & Hayes, S. C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent rehospitalization of psychotic patients : a randomized controlled trial. *Journal of Consultation and Clinical Psychology*, *70*, 1129–1139.

Blackledge, J. T. (2007). Disrupting verbal processes : cognitive defusion in acceptance and commitment therapy and other mindfulness-based psychotherapies. *The Psychological Record*, *57*, 555–576.

Bond, F. W., & Bunce, D. (2000). Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions. *Journal of Occupational Health Psychology*, *5*, 156–163.

Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., et al. 2005, (Soumis). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II : a revised measure of psychological flexibility and acceptance.

Boulanger, J. L., Hayes, S. C., & Pistorello, J. (2010). Experiential avoidance as a functional contextual concept. In A. Kring, & D. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology* (pp. 107–134). New York: The Guilford Press.

Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present : mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*, 822–848.

Burke, B. L., Arkowitz, H., & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing : a meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consultation and Clinical Psychology*, *71*, 843–861.

Chantry, D. (2008). *ACT ADVISOR Psychological flexibility measure*. http://contextualpsychology.org/node/3182.

Chomsky, N. (1967). A review of B. F. Skinner's *Verbal Behavior*. In L. A. Jakobovits, & M. S. Miron (Eds.), *Readings in the psychology of language* (pp. 142–143). Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Cottraux, J. (2007). *La force avec soi*. Paris : Odile Jacob.

Creswell, J. D., Welch, W. T., Taylor, S. E., et al. (2005). Affirmation of personal values buffers neuroendocrine and psychological stress responses. *Psychological Science*, *16*, 846–851.

Dahl, J. C., Plumb, J. C., Stewart, I., & Lundgren, T. (2009). *The art and science of valuing in psychotherapy : helping clients discover, explore, and commit to valued action using acceptance and commitment therapy*. Oakland: New Harbinger Publications, Inc.

Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy : evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, *44*, 113–126.

Dempster, M., Bolderston, H., Gillanders, D., & Bond, F. (2009). The development of a measure of cognitive fusion : the CFQ. World-Conference III of the Association for Behavioral and Contextual Science, Enschede. Netherlands.

Dionne, F. (2009). Nouvelles avenues en thérapie comportementale et cognitive. *Psychologie Québec*, *26*, 20–24.

Dymond, S., & Barnes, D. (1995). A transformation of self-discrimination response functions in accordance with the arbitrarily applicable relations of sameness, more-than, and less-than. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, *64*, 163–184.

Dymond, S., & Roche, B. (2009). A contemporary behavior analysis of anxiety and avoidance. *The Behavior Analyst*, *32*, 7–27.

Fresco, D. M., Moore, M. T., van Dulmen, M., et al. (2007). Initial psychometric properties of the Experiences Questionnaire : validation of a self-report measure of decentering. *Behavior Therapy*, *38*, 234–246.

Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., et al. (2004). Acceptance theory-based treatment for smoking cessation : an initial trial of Acceptance and Commitment Therapy. *Behavior Therapy*, *35*, 689–705.

Gratz, K. L., & Gunderson, J. G. (2006). Preliminary data on acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, *37*, 25–35.

Gregg, J. A., Callaghan, G. M., Hayes, S. C., & Glenn-Lawson, J. L. (2007). Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values : a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *75*, 336–343.

Guttman, H. A., & Laporte, L. (2000). Empathy in families of women with borderline personality disorder, anorexia nervosa, and a control group. *Family Process*, *39*, 345–358.

Hayes, S.C. (1989). *Rule-governed behavior : cognition, contingencies, and instructional control*. New York: Plenum.

Hayes, S.C. (2007). *Functionally speaking*. Podcast : http://djmoran.podbean.com/.

Hayes, S.C., & Gregg, J. (2000). Functional contextualism and the self. In C. Muran (Ed.), *Self-relations in the psychotherapy process* (pp. 291–307). Washington, DC: American Psychological Association.

Hayes, S.C., Wilson, K. C., Gifford, E. V., et al. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders : a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consultation and Clinical Psychology*, *64*, 1152–1168.

Hayes, S.C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy : an experiential approach to behavior change*. NewYork: The Guilford Press.

Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Eds.). (2001). *Relational frame theory : a post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum Press.

Hayes, S.C., Bissett, R., Roget, N., et al. (2004). The impact of acceptance and commitment therapy and multicultural training on the stigmatizating attitudes and professional burnout of substance abuse counselors. *Behavior Therapy*, *35*, 821–835.

Hayes, S.C., Luoma, J. B., Bond, F., et al. (2006). Acceptance and commitment therapy : model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 1–25.

Hayes, S.C., Villatte, M., Levin, M. E., & Hildebrandt, M. J. (2011). Open, aware, and active : contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual Review of Clinial Psychology*.

Hofman, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression : a meta-analytic review. *Journal of Consultation and Clinical Psychology*, *78*, 169–183.

Hooper, N., Saunders, S., & McHugh, L. (2010). The derived generalization of thought suppression. *Learning and Behavior*, *38*, 160–168.

Hopko, D. R., Lejuez, C. W., Ruggiero, K. J., & Eifert, G. H. (2003). Contemporary behavioral activation treatments for depression : procedures, principles and progress. *Clinical Psychology Review*, *23*, 699–717.

INSERM (2004). *Expertise collective sur les psychothérapies. Trois approches évaluées*. Paris : Éditions INSERM.

James, W. (1948/édition originale 1907). *Essays in pragmatism*. New York Hafner.

Jermann, F., Billieux, J., Larøi, F., et al. (2009). Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) : psychometric properties of the French translation and exploration of its relations with emotion regulation strategies. *Psychological Assessment*, *21*, 506–514.

John, O. P., & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation : personality processes, individual differences, and lifespan development. *Journal of Personality*, *72*, 1301–1334.

Juarascio, A. S., Forman, E. M., & Herbert, J. (2010). Acceptance and commitment therapy versus cognitive therapy for the treatment of comorbid eating pathology. *Behavior Modification*, *34*, 175–190.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living*. New York: Delacorte Press.

Kabat-Zinn, J. (2005). *Où tu vas, tu es – Apprendre à méditer pour se libérer du stress et des tensions profondes*. Paris: J'ai lu.

Kanter, J. W., Parker, C. R., & Kohlenberg, R. J. (2001). Finding the self : a behavioral measure and its clinical implications. *Psychotherapy*, *38*, 198–211.

Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P., & Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability : comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, *9*, 1301–1320.

Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy : a guide for creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum Press.

Koster, E. H., Rassin, E., Crombez, G., & Näring, W. B. (2003). The paradoxical effects of suppressing anxious thoughts during imminent threat. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 1113–1120.

Larson, R., & Csikszentmihalyi, M. (1983). The experience sampling method. *New Directions for Methodology of Social and Behavioral Science*, *15*, 41–56.

Levin, M. E., Hidebrandt, M. J., Lillis, J., & Hayes, S. C. (Soumis). The impact of treatment components in acceptance and commitment therapy : a meta-analysis of micro-component studies.

Lewinsohn, P. M., & Graff, M. (1973). Pleasant activities and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *41*, 261–268.

Lillis, J., & Hayes, S. C. (2008). Measuring avoidance and inflexibility in weight related problems. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, *4*, 348–354.

Lillis, J., Hayes, S. C., Bunting, K., & Masuda, A. (2009). Teaching acceptance and mindfulness to improve the lives of the obese : a preliminary test of a theoretical model. *Annals of Behavioral Medicine*, *37*, 58–69.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.

Lundgren, A. T., Dahl, J., Melin, L., & Kees, B. (2006). Evaluation of acceptance and commitment therapy for drug refractory epilepsy : a randomized controlled trial in South Africa. *Epilepsia*, *47*, 2173–2179.

Masuda, A., Hayes, S. C., Twohig, M. P., et al. (2009). A parametric study of cognitive defusion and the believability and discomfort of negative selfrelevant thoughts. *Behavior Modification*, *33*, 250–262.

Mazzucchelli, T., Kane, R., & Rees, C. (2009). Behavioral activation treatments for depression in adults : a meta-analysis and review. *Clinical Psychology : Science and Practice*, *16*, 383–411.

McMullen, J., Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., et al. (2008). Acceptance versus distraction : brief instructions, metaphors and exercises in increasing tolerance for self-delivered electric shocks. *Behaviour Research & Therapy*, *46*, 122–129.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change* (2nd). New York: Guilford Press.

Monestès, J. L. (2010). *Changer grâce à Darwin La théorie de votre évolution*. Paris: Odile Jacob.

Monestès, J. L., Villatte, M., Mouras, H., et al. (2009). Traduction et validation française du questionnaire d'acceptation et d'action (AAQ-II). *European Review of Applied Psychology*, *59*, 301–308.

Najmi, S., & Wegner, D. M. (2008). Thought suppression and psychopathology. In A. J. Elliott (Ed.), *Handbook of approach and avoidance motivation* (pp. 447–459). New York: Psychology Press.

Neff, K. D. (2003). Development and validation of a scale to measure selfcompassion. *Self and Identity*, *2*, 223–250.

Öst, L. G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies : a systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *46*, 296–321.

Parker, C. R., Beitz, K., & Kohlenberg, R. J. (1998). *The experience of self-scale (EOSS) [manuscrit non publié]*. Seattle: université de Washington.

Pierson, H., & Hayes, S. C. (2007). Using Acceptance and Commitment Therapy to empower the therapeutic relationship. In P. Gilbert, & R. Leahy (Eds.), *The therapeutic relationship in cognitive behavior therapy* (pp. 205–228). London: Routledge.

Roemer, L., Orsillo, S. M., & Salters-Pedneault, K. (2008). Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder : evaluation in a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *76*, 1083–1089.

Ruiz, F. J. (2010). A review of acceptance and commitment therapy (ACT) empirical evidence : correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal Psychopathology Psychology Therapy*, *10*, 125–162.

Sahdra, B. K., Shaver, P. R., & Brown, K. W. (2010). A Scale to Measure Nonattachment : a Buddhist complement to western research on attachment and adaptive functioning. *Journal of Personality Assessment*, *92*, 116–127.

Sandoz, E. K. (2010). Assessment of body image flexibility : an evaluation the Body Image-Acceptance and Action Questionnaire. [Unpublished dissertation] University of Mississippi.

Schmidt, R. E., Gay, P., Courvoisier, D., et al. (2009). Anatomy of the White Bear Suppression Inventory (WBSI) : a review of previous findings and a new approach. *Journal of Personality Assessment*, *91*, 323–330.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression : a new approach to preventing relapse*. New York: The Guilford Press.

Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology : an introduction. *American Psychologist*, *55*, 5–14.

Shawyer, F., Ratcliff, K., Mackinnon, A., et al. (2007). The voices acceptance and action scale (VAAS) : pilot data. *Journal of Clinical Psychology*, *63*, 593–606.

Sidman, M. (1994). *Stimulus equivalence : a research story*. Boston: Authors Cooperative.

Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Skinner, B. F. (1974). *About behaviorism*. New York: Knopf.

Stewart, I., Barnes-Holmes, D., Hayes, S. C., & Lipkens, R. (2001). Relations among relations : analogies, metaphors and stories. In C. Hayes, D. Barnes-Holmes, & B. Roche (Eds.), *Relational frame theory : a post-Skinnerian account of language and cognition* (pp. 73–86). New York: Plenum Press.

Torneke, N. (2010). *Learning RFT : an introduction to relational frame theory and its clinical implication*. Oakland: New Harbinger.

Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., et al. (2008). *A guide to functional analytic psychotherapy : awareness, courage, love and behaviorism*. New York: Springer.

Twohig, M. P., Hayes, S. C., Plumb, J. C., et al. (2010). A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy vs. progressive relaxation training for obsessive compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *78*, 705–716.

Vilardaga, R., & Hayes, S. C. (2009). Acceptance and Commitment Therapy and the therapeutic relationship stance. *European Psychotherapy*, *9*, 1–23.

Vilardaga, R., Hayes, S. C., Levin, M. E., & Muto, T. (2009). Creating a strategy for progress : a contextual behavioral science approach. *The Behavior Analyst*, *32*, 105–133.

Villatte, M., & Monestès, J.-L. (2009). Les métaphores dans l'ACT. *Le Magazine ACT.fr,* hors-série numéro 2. http://www.lemagazineact.fr/magazineACT-Hors%20Serie-Numero2.pdf.

Villatte, M., & Monestès, J. L. (2010). La théorie des cadres relationnels : la place du langage dans la thérapie d'acceptation et d'engagement. *Revue Québécoise de Psychologie, 31*(3), 1–20.

Villatte, M., Monestès, J. L., McHugh, L., & Freixa i Baqué, E. (2009). L'étude de la théorie de l'esprit au sein de la théorie des cadres relationnels. Une revue de la littérature sur les réponses relationnelles déictiques. *Acta Comportamentalia*, *17*, 117–136.

Vowles, K. E., McCracken, L. M., McLeod, C., & Eccleston, C. (2008). The Chronic Pain Acceptance Questionnaire : confirmatory factor analysis and identification of patient subgroups. *Pain*, *140*, 284–291.

Wegner, D. M. (1989). *White bears and other unwanted thoughts : suppression, obsession, and the psychology of mental control*. London: The Guildford Press.

Wegner, D. M., & Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality*, *62*, 615–640.

Wegner, D. M., Erber, R., & Zanakos, S. (1993). Ironic processes in the mental control of mood and mood-related thought. *Journal of Personality and Social Psychology*, *65*, 1093–1104.

Wegner, D. M., Broome, A., & Blumberg, S. J. (1997). Ironic effects of trying to relax under stress. *Behaviour Research and Therapy*, *35*, 11–21.

Wells, A. (2000). *Emotional disorders & metacognition : innovative cognitive therapy*. Chichester: Wiley.

Wells, A. (2005). Detached mindfulness in cognitive therapy : a metacognitive analysis and ten techniques. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, *23*, 337–355.

Wicksell, R. K., Melin, L., Lekander, M., & Olsson, G. L. (2009). Evaluating the effectiveness of exposure and acceptance strategies to improve functioning and quality of life in longstanding pediatric pain. *A randomized controlled trial. Pain*, *141*, 248–257.

Wilson, K. G. (2007). *The hexaflex diagnostic : a fully dimensional approach to assessment, treatment, and case conceptualization*. Presidential address presented at the annual convention of the Association for Contextual Behavioral Science, Houston, TX. http://acbs.dharmatech.org/the_hexaflex_diagnostic_approach.

Wilson, K. G., & DuFrene, T. (2009). *Mindfulness for two : an Acceptance and Commitment Therapy approach to mindfulness in psychotherapy*. Oakland: New Harbinger.

Wilson, K. G., & Sandoz, E. K. (2008). Mindfulness, values, and the therapeutic relationship in Acceptance and Commitment Therapy. In S. F. Hick, & T. Bein (Eds.), *Mindfulness and the therapeutic relationship*. New York: The Guilford Press.

Wilson, K. G., Sandoz, E. K., Kitchens, J., & Roberts, M. E. (2010). The Valued Living Questionnaire : defi ning and measuring valued action within a behavioral framework. *The Psychological Record*, *60*, 000–24.

Woods, D. W., Wetterneck, C. T., & Flessner, C. A. (2006). A controlled evaluation of acceptance and commitment therapy plus habit reversal for trichotillomania. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 639–656.

Zettle, R. D., Rains, J. C., & Hayes, S. C. (À paraître). Processes of change in acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for depression : a mediational reanalysis of Zettle and Rains (1989). *Behavior Modification*.

Ouvrages et sites Internet sur l'ACT, la pleine conscience et la troisième vague en TCC

Livres destinés aux professionnels

Berghmans, C. (2010). *Soigner par la méditation – Thérapies de pleine conscience*. Paris : Masson.

Cottraux, J. (dir.) (2007). *Thérapie cognitive et émotions : la troisième vague*. Paris : Masson.

Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Eds.). (2001). *Relational frame theory : a post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York : Plenum Press.

Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy : an experiential approach to behavior change*. New York : Guilford Press.

Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy : a guide for creating intense and curative therapeutic relationships*. New York : Plenum Press.

Linehan, M. (1993). *Traitement cognitivo-comportemental du trouble de personnalité état limite*. Médecine & Hygiène.

Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT : an acceptance & commitment therapy skills. Training manual for therapists*. Oakland : New Harbinger & Reno. NV : Context Press.

Philippot, P. (2007). *Émotion et psychothérapie*. Wavre, Belgique : Mardaga.

Ramnerö, J., & Törneke, N. (2008). *ABCs of human behavior : behavioral principles for the practicing clinician*. Oakland : New Harbinger.

Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. (2006). *La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression : une nouvelle approche pour prévenir la rechute*. Bruxelles : De Boeck.

Torneke, N. (2010). *Learning RFT : an introduction to relational frame theory and its clinical implication*. Oakland : New Harbinger.

Wilson, K. G., & DuFrene, T. (2009). *Mindfulness for two : an acceptance and commitment therapy approach to mindfulness in psychotherapy*. Oakland : New Harbinger.

Livres destinés aux patients

Harris, R. (2009). *Le piège du bonheur*. Montréal : Les éditions de l'Homme.

Hayes, S. C., & Smith, S. (2005). *Get out of your mind and into your life : The new Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland : New Harbinger.

Schoendorff, B. (2009). *Faire face à la souffrance*. Paris : Retz.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Williams, M., Teasdale, J., Segal, Z., & Kabat-Zinn, J. (2009). *Méditer pour ne plus déprimer : la pleine conscience, une méthode pour vivre mieux*. Paris : Odile Jacob.

Sites Internet

www.contextualpsychology.org

C'est le site Internet de l'*Association for Behavioral Contextual Science* (l'« association ACT » internationale). L'inscription à l'association est dite « *value-based* », c'est-à-dire que l'on participe à hauteur de ce que l'on considère justifié pour son intérêt propre. Un minimum d'un dollar permet d'accéder à l'immensité des ressources qui se trouvent sur le site pour les cliniciens et les chercheurs. (publications, diapositives des ateliers, enregistrements vidéo et audio de conférences et d'ateliers, exercices, liens vers d'autres sites sur l'ACT).

www.lemagazineact.fr

Site Internet édité par J.-L. Monestès et M. Villatte, présentant les concepts de l'ACT et de la TCR de façon technique et divertissante. Parution régulière de numéros spéciaux sur des thèmes tels que les métaphores. Nous mettons également à disposition sur ce site nos articles et présentations dans les congrès, ainsi que des liens vers nos recherches en cours et les annonces de nos ateliers de formation. Vous y trouverez également une liste de références à propos de la TCR.

Des mêmes auteurs, chez d'autres éditeurs

Monestès, J.-L. (2010). Changer grâce à Darwin – La théorie de votre évolution. Paris : Odile Jacob.

Monestès, J.-L. (2009). Faire la paix avec son passé. Paris : Odile Jacob.

Monestès, J.-L. (2008). La schizophrénie. Mieux comprendre la maladie et mieux aider la personne. Collection « Guides pour s'aider soi-même ». Paris : Odile Jacob.

Monestès, J.-L., & Boyer, C. (2006). Les thérapies comportementales et cognitives – Se libérer des troubles psy. Collection « Essentiels ». Toulouse : Milan.

Index

A
acceptation 17, 25, 32, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 50, 51, 52, 55, 61, 62, 64, 65, 83, 98, 102, 106, 109, 118, 132, 134, 135, 136, 155, 157, 161, 163, 164, 167, 176, 179, 184
action 31, 34, 35, 43, 50, 55, 56, 63, 64, 72, 80, 82, 85, 88, 109, 114, 115, 135, 153, 186
addiction 15, 17, 57, 148
anxiété 107, 143
a-ontologie 4, 134
apprentissage
  classique 1, 4, 6, 9, 10
  opérant 2, 4, 6, 9, 12, 13
  relationnel 10, 11, 74
attention 27, 32, 44, 74, 97, 101, 105, 106, 107, 109, 110, 120, 132, 149
augmentals 62

C
cadres
  déictiques 117, 125, 163
  relationnels 7, 117
    théorie des cadres relationnels *Voir* TCR
changement 17, 25, 44, 81, 83, 96, 136
cohérence 49, 61, 140
conscience 113, 116, 117, 163
contact avec l'instant présent 17, 74, 98, 99, 101, 103, 111, 118, 119, 134, 135, 136, 149, 160
contenu des pensées 2, 79, 89
contexte 3, 24, 30, 43, 44, 75, 79, 93, 94, 114, 117, 122, 166
contrôle/contrôler 11, 13, 14, 23, 25, 26, 27, 29, 33, 35, 46, 184

D
défusion 17, 76, 79, 80, 84, 97, 111, 114, 132, 134, 159, 177, 179
démarche didactique 58, 171
dépression 16, 57, 143, 148, 150
dérivation de fonctions 72, 115
  dérivation de relations 5
désespoir créatif 34, 36, 51, 61, 94, 96, 132, 136
distanciation 32, 44, 79, 86, 89, 93

E
échappement 10, 27, 99, 142
efficacité 29, 36, 37, 75, 142, 169
empathie 35, 65, 83, 117, 157, 162, 167
engagement dans l'action 61, 62, 113, 136
relation d'équivalence 5, 6, 7, 180
évitement 10, 11, 16, 27, 30, 157
  efficacité de l' 25, 30
  expérientiel 9, 17, 22, 24, 30, 31, 55, 62, 94, 98, 101, 102, 118, 142, 147, 178
exposition 1, 23, 32, 64, 88, 183
extinction 2

F
flexibilité psychologique 1, 15, 22, 35, 58, 117, 118, 135, 139, 185, 186
fonction 3, 7, 22, 25, 30, 31, 51, 62, 64, 81, 84, 86, 131, 140, 158, 180, 182
fusion cognitive 58, 79, 113, 134, 147, 151, 159, 170, 172, 179

G
généralisation (mécanisme de) 6, 10

H
Hexaflex 15, 98, 157, 170, 178, 180

I
indice contextuel 7, 8
insensibilité à l'environnement 75, 77

M
méditation 97, 150, 160, 182, 184

N
normalité destructrice 21

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

O
observation/observer 76, 77, 97, 100, 102, 105, 109, 116, 117, 118, 119, 120, 151, 170

P
pensées (contenu des) 2, 79, 89
phobie 5, 62, 63, 91, 176, 183
pleine conscience 17, 32, 97, 100, 101, 102, 103, 111, 120, 124, 146, 149, 160, 184
ply 65, 76, 77, 132
protocole 131, 134, 141, 169
psychologie positive 186, 193
psychose 17

R
règle verbale 14, 77, 171
régulation émotionnelle 28, 37 184
relation thérapeutique 2, 131, 132, 135, 157, 159, 160, 161, 177
relaxation 103
renforçateurs 44, 45
renforcement 1, 30, 57, 186
  différentiel 185, 186
réseaux relationnels 12, 180, 182
respiration 102, 111, 160
restructuration cognitive 1, 32, 73, 80
rigidité psychologique 30, 80 115
rythme de la parole 101

S
soi
  comme contexte 113, 116, 118, 125, 132, 134, 136, 151, 161
  conceptualisé 114, 151, 161
stress post-traumatique 15, 107, 143, 148
symptômes 57, 139, 141, 185
  psychotiques 87

T
TCC *Voir* Thérapies cognitives et comportementales
TCR 7, 9, 10, 11, 13, 77, 163, 169, 180, 181, 193
thérapie(s)
  analytique fonctionnelle 2
  cognitive basée sur la pleine conscience 2, 97
  cognitives et comportementales (TCC) 1, 17, 32, 170, 171, 183
  comportementale dialectique 97
  de réduction du stress basée sur la pleine conscience 2, 97
  métacognitive 2, 97
track 65, 76, 77, 132
trouble
  anxieux 15, 17, 75, 80, 111, 148
  obsessionnel-compulsif 17, 73, 87, 99, 148

V
valeurs 17, 35, 55, 56, 58, 59, 60, 62, 63, 64, 74, 82, 108, 136, 139, 151, 153, 161, 183, 185, 186
vérité 3, 73, 127, 134, 159

471087 – (I) – (2) – OSB80- THO

Elsevier Masson S.A.S - 62, rue Camille-Desmoulins,
92442 Issy-les-Moulineaux Cedex
Dépôt Légal : mars 2011

Imprimé en Italie par LegoPrint S.p.A